

18
2aj



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ACATLAN"

RECIBIDA EN LA ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ACATLAN" EL 20 DE ABRIL DE 1988

LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD COMO INSTRUMENTO DE LA ADMINISTRACION PUBLICA PARA EL CAMBIO ESTRUCTURAL

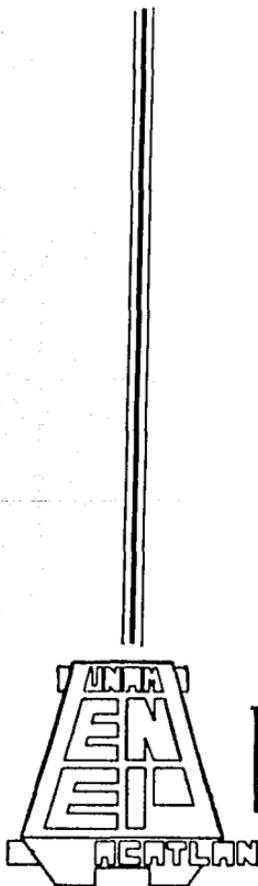
T E S I S

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

P R E S E N T A :

MANUEL PAREDESE RIVERA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ACATLAN, EDO. DE MEX.

1988



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.

I N D I C E

P A G I N A

INTRODUCCION 1

CAPITULO I

ESTADO, ADMINISTRACION PUBLICA Y
DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA. 5

CAPITULO II

ASPECTOS TEORICOS DE LA DESCENTRA
LIZACION. 35

CAPITULO III

DIAGNOSTICO DE LA SALUD EN MEXICO. 83

CAPITULO IV

DEFINICION DE LOS NIVELES DE
ATENCIÓN PARA LA SALUD. 135

CONCLUSIONES 167

BIBLIOGRAFIA 176

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

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

Es importante reconocer que debido a la gran cantidad de tareas que representa el quehacer diario de nuestro país, la Administración Pública como instrumento de gobierno ha -- crecido notablemente durante los últimos años, ampliando y -- diversificando sus diferentes funciones, por este hecho es -- por lo que considero que la tarea del administrador público es una pieza vital dentro del engranaje político y adminis-- trativo de nuestra sociedad.

Este trabajo tratará de mostrar tan solo una de las -- tantas aplicaciones y utilidades de la Administración Públi-- ca para mejorar nuestra organización político-administrativa.

En tiempos recientes la gran explosión demográfica ha -- ce inoperantes y obsoletos los sistemas centralizados en -- nuestro país, esto hace evidente la necesidad de buscar solu-- ciones alternativas al problema. Una de estas posibles solu-- ciones es la Descentralización Administrativa, aplicada a mu-- chos de los campos del quehacer político, económico y social.

La Descentralización es una estrategia de la adminis-- tración que surge como la respuesta más idónea a la problemá-- tica generada por una mala distribución de servicios, y a la saturación de funciones por parte de un centro. Esta situa-- ción provoca además de la pérdida de efectividad y eficien--

cia en el sistema, fenómenos de migración y mala distribución de la población.

Por otra parte de todos es sabido que para que un país pueda aspirar a un pleno desarrollo económico y social, lo -- primero a lo que se debe de aspirar es a lograr que sus habitantes sean individuos sanos física y mentalmente, pudiendo - llevar una vida digna e integral.

Es aquí donde surge mi interés por la Administración - Pública, como arma orientadora al servicio del Sector Salud, de tal manera que pueda lograr con base en una mejor coordinación de recursos humanos, financieros y materiales, un mayor acceso, y una mejor distribución (más justa y equitativa) de los servicios, tendiendo así a alcanzar una verdadera sociedad igualitaria dentro de la Salud.

Así mismo, una de las alternativas administrativas que se ha propuesto para el sexenio 1982-1988 en materia de Salud, es la llamada Descentralización de los Servicios de Salud, so bre todo en lo que se refiere al llamado primer nivel de aten ción como una manera de aumentar la productividad, la efica- cia y la eficiencia del mismo. Dicho proceso desde el punto de vista jurídico, de recursos materiales y financieros es un proceso viable, necesario y gradual, cuyos principales obstá- culos a vencer son por un lado la falta de capacitación y cam bios en las actitudes de los recursos humanos que prestan es-

te servicio y por el otro la carencia de una verdadera intención política Descentralizadora.

Para poder mostrar lo anterior partiremos de lo más general a lo más particular, mostrando dentro del Capítulo I algunos de los conceptos básicos de la Administración Pública, como: Estado, Funciones del Estado, Elementos del Estado, Administración Pública, Ley Orgánica de la Administración Pública, Sistema Nacional de Planeación, Plan Nacional de Desarrollo, etc.

En el Capítulo II, trataré de poner de manifiesto los aspectos teóricos y conceptuales de los términos: Centralización, Desconcentración y Descentralización Administrativa, - así mismo, mencionaré las diferentes modalidades que reviste la Descentralización, es decir, por Región, por Colaboración y por Servicios.

También se mencionarán algunas de las características del contexto social y político, durante el sexenio 82-88, que comenzaron a contemplar la Descentralización de la Vida Nacional, como la alternativa viable para solucionar muchos de -- nuestros problemas en diferentes sectores. Presentaré los pasos del proceso descentralizador dentro del Sector Salud pasando desde la formación de la Coordinación de los Servicios de Salud, el tránsito de la S. S. A. a Secretaría de Salud, y mostraré la políticas y estrategias vigentes sobre este tema.

En el Capítulo III, se proporcionará un diagnóstico de la Salud en nuestro país, detectando algunas de las principales causas de enfermedad y daños a la salud, y como contrapartida se señalará la situación de nuestros recursos humanos, financieros y físicos con que se cuenta en esta materia, además de desglosar las estrategias, objetivos y metas del Programa Nacional de Salud 1984-1988.

En el Capítulo IV, se comentará la política mundial a la que México se ha apegado durante la reunión de ALMA-ATA en 1978, y en donde se definió al Primer Nivel de Atención como la estrategia básica de salud para el año 2000. Definiré algunas de las características de los diferentes niveles de atención para la salud (1, 2, 3). De esta forma relacionaré directamente a la Descentralización del Sector Salud, con el primer nivel de atención para la misma, como la estrategia contemplada dentro del cambio estructural.

C A P I T U L O

I

ESTADO, ADMINISTRACION PUBLICA Y
DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA.

C A P I T U L O I

El hombre ha sido un ser social por naturaleza, por este motivo busca la afiliación con otros hombres, para así formar - grupos humanos que más tarde se convertirán en sociedades. Estas sociedades se caracterizaron desde un principio por la búsqueda de un orden en todos los aspectos de su vida diaria (político, religioso, social, económico, etc.), es decir, un orden - que permita asegurar la integridad social y económica de los -- miembros de una comunidad, acabando así con la ley del más fuer te sobre el más débil.

De esta noción surge la idea del Estado como elemento fun damental de las sociedades humanas. Algunas definiciones de dis tintos autores afirman:

GRIEGOS:

"El Estado era la sociedad misma, la ciudad en la que lo político con lo jurídico se identificaban con lo religioso y lo moral, y en la que puede decirse que no existía distinción algu na entre lo público y lo privado". [31].

KANT:

"Es la unión de una multitud de hombres bajo leyes jurí dicas". [31]

BODINO:

"Es un conjunto de familias y sus posesiones gobernadas

por un poder de mando según la razón".[31]

HANS KELSEN:

"El Estado es el ámbito de aplicación del derecho. El Estado es el derecho como actividad normativa, el Derecho es - el Estado como actividad normada. En el Estado alcanza el pueblo su personalidad jurídica".[31]

CARLOS MARX:

"El Estado es un órgano de dominación de clase, un órgano de opresión de una clase por otra. Es la creación del orden que legaliza y afianza esta opresión, amortiguando los choques entre las clases sociales".[31]

HERMAN HELLER:

"El Estado es la conexión de los quehaceres sociales. El poder del Estado es la unidad de acción organizada en el interior y el exterior. La soberanía es el poder de ordenación territorial exclusiva y suprema".[31]

MAX WEBER:

"Es el orden jurídico y administrativo invariable en -- virtud de disposiciones fundamentales, al cual se orienta el - obrar común de un cuerpo administrativo, y cuyo valor se reclama no solo por los miembros de la comunidad, sino para todo el obrar que se realice en el territorio dominado, concepto que - incluye diversos aspectos: poder monopolizado, orden jurídico y administrativo, disposiciones fundamentales, y un cuerpo de funcionarios consagrados a su movimiento"[31]

El papel o rol que ha desempeñado el Estado en las distintas fases del desarrollo de las sociedades ha sido diferente, y ha cambiado respondiendo de diversas formas a las necesidades y a la complejidad de las mismas.

De tal manera que podemos afirmar que las características de aquél Estado incipiente e inmaduro, son totalmente distintas a las que hoy día vivimos, en el que la multiplicidad y abstracción de sus funciones son sus características esenciales.

Algunas de las fases más relevantes por las que ha pasado el Estado a través del proceso histórico son:

ESTADO GENDARME:

En esta fase el Estado representado por el pensamiento del "liberalismo". Su función primordial era única y exclusivamente vigilar todas las transacciones entre particulares, para que se establecieran en un clima de orden y seguridad, dejando interactuar libremente a las leyes del mercado, que por considerarse perfectas llevarían al equilibrio, y en consecuencia a un punto óptimo. De esta forma el campo de acción del Estado era sumamente limitado, ya que no debería de intervenir en asuntos económicos o de cualquier índole por considerar esto un obstáculo al buen desarrollo social, dejando la mayor parte de la supuesta mano invisible de la economía. Es decir, la racionalidad del empresario individual se imponía a la racionalidad del bien social. Algunas de sus funciones concre--

tas era:

- 1.- "Garantizar la posibilidad de que se den ciertas conductas y actividades. Ejercicio del poder soberano.
- 2.- Registrar actos que requieran trámites para validez y otorgamiento de fé pública a los que lo requieran como requisito formal y solemne para que cumpla efectos ante terceros.
- 3.- Orientar ciertas conductas y actividades.
- 4.- Autorizar o prohibir en su caso ciertas conductas o actividades.
- 5.- Arbitrar los conflictos que se presenten en el - ejercicio de los derechos y en el cumplimiento - de las obligaciones que el propio Estado ha establecido" [32].

En el tipo de Estado Gendarme existiría un tipo inci---
piente de Administración Pública, ya que como antes se mencio-
nó, este tipo de Estado no satisface necesidades sociales en -
forma de servicios, aunque si regula las actividades entre los
particulares. Por este mismo hecho, podemos afirmar que la --
Descentralización Administrativa no encajaría aquí, pues solo
se busca establecer y preservar el orden social establecido, -
más no modificarlo. Además, el Poder Soberano se encuentra --
centralizado única y exclusivamente en el Estado, por ser éste
el órgano que vela por los intereses de los individuos en la -
sociedad. También tenemos que tomar en cuenta el reducido mar

gen de acción que el Estado ejerce en esta fase haciéndose innecesarios sistemas y procedimientos administrativos demasiado sofisticados.

ESTADO PROMOTOR:

En esta fase el Estado comienza a participar de manera más directa en los aspectos económicos, buscando satisfacer o conseguir ciertos objetivos valiosos para el progreso del país. Algunas de sus funciones específicas son:

- 1.- "Fomentar por medio de estímulos ciertas actividades individuales o colectivas, o bien tratar de evitar otras, gravándolas o sancionándolas cuando se les considera poco valiosas.
- 2.- Informar pública y ampliamente sobre las actividades que lleva a cabo y los gastos que realiza, -- así como las oportunidades existentes para ejecutar conductas o actividades valiosas" [7].

En este tipo de Estado la Administración Pública empieza a cobrar cada vez más importancia en la medida en que será la encargada de determinar las metas o postulados a los cuales pretende que llegue la sociedad. Esto solo lo puede lograr incentivando y estimulando las conductas individuales -- con toda una serie de mecanismos económicos y administrativos teniendo en consecuencia un significativo aumento de las funciones y órganos de la Administración Pública. Esto es lo que empieza a dar la idea del Estado que rige y orienta el trabajo organizado de la sociedad. El Estado Mexicano tiene

estas características puesto que ejerce una rectoría económica y social, fijando las metas y objetivos trazados tendientes a buscar el desarrollo económico. Cabe aclarar que el papel de la Descentralización Administrativa comienza a tener más relevancia en la medida en que se trata de buscar una mayor eficiencia en las formas de organización administrativas existentes. Un instrumento muy utilizado para lograr este propósito es la "Política Económica". La reforma al artículo 25 Constitucional establece y ordena:

Art. 25.- Corresponde al estado la rectoría del desarrollo nacional, para garantizar que éste sea integral, que fortalezca la soberanía de la nación y su régimen democrático, y que, mediante el fortalecimiento del crecimiento económico y el empleo, y una más justa distribución de ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta constitución.

El Estado planeará, conducirá y orientará la actividad económica nacional, y llevará al cabo la regulación y fomento de las actividades que demande el interés general en el marco de libertades que otorga esta constitución.

Al desarrollo económico nacional concurrirán, con responsabilidad social, el sector público, el sector social y el sector privado, sin menoscabo de otras formas de actividad económica que contribuyan al desarrollo nacional.

El sector público tendrá a su cargo, de manera exclusiva, las áreas estratégicas que señalan en el artículo 28, párrafo cuarto de la Constitución, manteniendo siempre el Gobierno Federal la propiedad y el control sobre los organismos que en su caso se establezcan.

Así mismo, podrá participar por sí o con los sectores social y privado, de acuerdo con la ley, para impulsar y organizar las áreas prioritarias del desarrollo.

Bajo criterios de equidad social y productividad se apoyará e impulsará a las empresas de los sectores sociales y privados de la economía, sujetándolas a las modalidades que dicte el interés público, y al uso, en beneficio general, de los recursos productivos, cuidando su conservación y el medio ambiente.

La ley establecerá los mecanismos que faciliten la organización y la expansión de la actividad económica del sector social, de los ejidos, organizaciones de trabajadores, cooperativas, comunidades, empresas que pertenezcan mayoritaria o exclusivamente a los trabajadores, y en general, de todas las formas de organización social para la producción, distribución y consumo de bienes y servicios socialmente necesarios.

La ley alentará y protegerá la actividad económica que realicen los particulares y proveerá las condiciones para que el desenvolvimiento del sector privado contribuya al desarrollo económico nacional, en los términos que establece esta Constitución.

titución. [9].

Como podemos observar, en este artículo se marcan claramente las atribuciones del Estado Mexicano en materia económica, siempre referidas al interés general y limitadas por la propia Constitución y leyes. Con ello se afirma el principio de la rectoría del Estado y se le hace consistente con los instrumentos de la Política Económica y de la Estrategia del Desarrollo.

ESTADO BENEFACTOR:

Es el resultado institucional de la adopción por parte de la sociedad de la responsabilidad legal formal y explícita del bienestar básico de todos sus miembros. A este tipo de Estado se le denomina también de servicio o de bienestar, por el hecho de que se presta aquellos servicios que no son producidos por los sectores privados, y son considerados indispensables para el desarrollo integral de la sociedad. Sus funciones específicas son:

- 1.- "Producir bienes de producción y de consumo, ya sea con fines de regulación de mercado, o bien, reservándose la producción exclusiva por razones estratégicas.
- 2.- Comercializar directamente ciertos productos para garantizar una justa intermediación y redistribución de la riqueza.
- 3.- Consumir obligatoriamente ciertos bienes y servi--

cios para el ejercicio de sus propias atribuciones o bien, para ejercer una acción reguladora de la economía.

- 4.- Redistribuir la riqueza material y cultural en su conjunto, en el sentido del desarrollo económico y social". [7, 32].

Este es el tipo de Estado que más se relacionará con el aspecto de estudio de la Descentralización en lo que se refiere a los servicios. Es un hecho fundamental que en la actualidad una de las funciones de mayor importancia en la Administración Pública es la prestación de los servicios que en éste caso pueden ser de: seguridad social, educación, salud, obras públicas, vivienda, recreación, etc.

Considerados todos sumamente necesarios para establecer la sana convivencia y la armonía entre los individuos de toda la sociedad. El Estado Mexicano también tiene esta característica de ser un Estado Benefactor, este papel que realiza tiene la finalidad de llevar los servicios gratuitamente a un costo sumamente bajo para que puedan llegar a los estratos más bajos de la sociedad. De esta manera se intenta alcanzar una mejor redistribución del ingreso que se encuentra concentrado en -- unos cuantos hacia la totalidad de la población, a través, de la aplicación de los subsidios y del abaratamiento de los servicios básicos. Es decir, lograr elevar el nivel de vida de los mexicanos en los aspectos más esenciales de su vida. Con esto la Administración Pública se tornará en el órgano encar-

gado de palear los problemas generados en torno a la desigualdad económica de nuestra sociedad, masificando así los servicios que presta.

ESTADO PLANIFICADOR:

Es el tipo de Estado que pese a su no existencia de manera formal en la actualidad, estaría encargado de dirigir integralmente la economía y la sociedad ejerciendo un control total. De tal manera, que no cabe la racionalidad individual debido a la imposición de la prioridad principal: "El Bien Social". Su función específica sería:

"Planificar y administrar el funcionamiento global de la sociedad en todos sus aspectos". [7, 32]

El Estado planificador casi siempre se ha identificado con aquellos países de régimen económica socialista, debido a que son ellos quienes ejercen un control total del orden y funcionamiento de la sociedad. Pero debemos aclarar que México no es un Estado planificador en el sentido formal y estricto del término, pero sí se relaciona con la planeación en la medida en que aunque no ejerce el control total del funcionamiento global de la sociedad, se ha preocupado siempre de planear y dar coherencia a sus acciones tendientes no sólo a solucionar los problemas actuales sino también preocuparse por los futuros. Esto tiene una gran importancia en la medida en que al planificar -- nuestro futuro podremos dominar más nuestras acciones evitando así la improvisación. Por este motivo se han creado instrumentos como los planes sexenales de desarrollo, implementados des-

de el gobierno del Gral. Lázaro Cárdenas, para plasmar las líneas de acción y las estrategias a seguir durante todo un sexenio. Así pues, podemos observar que una de esas estrategias - que se pretende alcanzar hoy en día es la Descentralización de la vida nacional a través de los estados y municipios.

ESTADO DE DERECHO:

Es aquel en el que el derecho regula las actividades no solo de los particulares, sino también de los órganos públicos de poder: legislativo, ejecutivo y judicial. Algunas condiciones para que pueda darse el Estado de Derecho son:

- 1.- División de poderes.
- 2.- Reconocimiento efectivo de los derechos fundamentales del hombre.
- 2.- Garantía de plena independencia del poder judicial.

[1].

Es el tipo de Estado que todo país o nación debe tener.

En la medida en que representará el marco legal y específico sobre el cual se moverán todos los factores sociales, - este marco legal tendrá una doble función, es decir, otorgará derechos en la medida en que se cumplan ciertas obligaciones. Y, observa a los individuos como ciudadanos caracterizados por su igualdad jurídica.

México goza de un Estado de Derecho enmarcado básicamente en su carta magna que es la "Constitución de 1917", en la - que se plasman legalmente en forma de artículos los derechos y

las obligaciones de los mexicanos y de las instituciones que interactúan dentro de nuestra sociedad dando así un clima de orden y seguridad jurídica.

De esta manera podemos decir que la Descentralización Administrativa está contemplada dentro de ese marco legal que rige nuestra sociedad. Un ejemplo de ello lo constituye el artículo 22 de la ley orgánica de la Administración Pública Federal en el cual se establece la necesidad de coordinar acciones entre el Presidente de la República y los Estados y Municipios, poniéndose de manifiesto la importancia de la Descentralización como forma de fortalecer el Pacto Federal. Es decir, está contemplada legalmente a través del Derecho Administrativo como una forma de organización de la Administración Pública y como tal estará regulada por el mismo.

ESTADO FEDERAL:

También es llamada Federación de Estados, es un estado soberano compuesto de unidades políticas que gozan de autonomía, esta autonomía está garantizada mediante una Constitución. Esta forma de estado corresponde a la que vive México, en el cual el Pacto Federal tiene una gran importancia, el artículo 40 -- Constitucional establece: "Es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una República Federal, compuesta de estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior, pero unidos en una Federación. [9]

El sistema Federal Mexicano de esta forma ha creado tres

esferas o ámbitos jurídicos: el federal, el estatal y el municipal, teniendo en consecuencia tres ámbitos de Administración Pública que corresponden a cada uno de los anteriores.

Las necesidades políticas del país condicionaron un federalismo centralizante para poder lograr así un desarrollo económico acelerado con estabilidad política. Pero en la actualidad la Centralización se ha excedido y se ha convertido en una grave limitante para la continuidad del desenvolvimiento nacional. De tal forma, que la Descentralización se presenta como la pauta que generará el cambio necesario.

Nuestra constitución como antes se ha visto, contempla a los Estados libres y soberanos en todo lo referente a su régimen interior, de aquí surge la importancia de la Descentralización Administrativa como una forma de reafirmar la soberanía y la libertad interna en los estados otorgándoles una más amplia y más abierta participación dentro de la vida política y administrativa del país, con lo cual, se viene a reforzar el Pacto Federal en sus tres esferas o ámbitos de gobierno. La Federación en muchos casos se ha ocupado de la problemática que existe tanto en Estados como Municipios, encargándose de solucionar sus problemas, pero limitando a las mismas su campo de acción, lo cual genera poco a poco un círculo vicioso de dependencia de la periferia hacia adentro. La Descentralización Administrativa vendrá a romper ese fenómeno, en la medida en que logrará que el Estado o Municipio gocen de sus propias fuentes de ingresos con sus propios recursos disminuyendo cada vez más la necesidad de recurrir

al centro.

ESTADO CAPITALISTA:

Es el tipo de Estado en donde la propiedad privada es - su fundamento, está caracterizado por la posesión privada de - los medios de producción y su lógica corresponde a la creación de las condiciones necesarias que puedan asegurar la reproducción del capital. Podemos decir que sus funciones específicas son:

- 1.- Crear las condiciones materiales generales de la - producción.
- 2.- Junto a la sociedad civil e incluso al margen de - ella, se convierte en el determinante y salvaguardista del sistema legal.
- 3.- Regula y media los conflictos de clase.
- 4.- Garantiza la expansión del cpaital nacional total- en el mercado capitalista mundial. [1]

Nuestro Estado corresponde a la forma de organización - económica capitalista, pero con características muy especifi-- cas. Es decir, el Estado ejerce el control total de aquellos sectores que por considerarse estratégicos para la economía y el desarrollo así lo requieran (petróleo, energía eléctrica, - teléfonos, bancos, e tc.). Pero deja un margen de acción am--- plio a la empresa privada en aquellas funciones que no sean - tan estratégicas aunque si necesarias y útiles para la socie-- dad. A este tipo de combinación se la he denominado "ECONOMIA MIXTA", en la cual el Gobierno y la empresa privada se coordi-

nan en la ejecución de las tareas nacionales cooperando mutuamente.

Resumiendo podemos decir que el Estado Mexicano es un híbrido o combinación de algunos de los diferentes tipos de Estado que hemos analizado. Es decir, es promotor porque fomenta, estimula y orienta a la sociedad para alcanzar el desarrollo económico y social. Es benefactor, en la medida en que crea y presta los servicios necesarios para la población como una manera de ayudar a redistribuir el ingreso social. Es planificador, porque como rector de la economía crea los planes y programas previendo las problemáticas futuras y controlando -- las actuales. Es un Estado de Derecho, por tener todo un cuerpo de leyes encabezado por la Constitución de 1917, y las cuales norman y aseguran la convivencia pacífica de los mexicanos. Es un Estado Federal, porque nuestra Constitución así lo enmarca en su artículo 40, teniendo en consecuencia tres niveles de gobierno: Federal, Estatal y Municipal. Y en lo económico, vivimos en un capitalismo, pero con características de economía mixta, en donde, el gobierno y los particulares comparten sus tareas, aunque con finalidades distintas cada uno, pero complementando sus acciones. Una vez que se han analizado algunos -- de los más importantes tipos de Estado y que hemos visto cuales son las características que coinciden con el Estado Mexicano y el papel que juega la Descentralización Administrativa, -- pasaremos a analizar los componentes o partes que integran a -- todo tipo de Estado.

El Estado como órgano fundamental de la sociedad contemporánea es un conjunto homogéneo compuesto por diversos elementos. Con respecto a esto algunos autores señalan:

LIC. JOSE LOPEZ PORTILLO:

"Habla de notas genéricas: Población, Territorio y Gobierno. Y notas específicas: Soberanía, Derechos Individuales, Representación Política, División de Poderes, Estado de Derecho y Personalidad Jurídica del Estado" [31]

LIC. ANDRES SERRA ROJAS:

"Menciona tres tipos de elementos: Físicos, Culturales y Políticos". [31]

ULISES SHMILL:

"Dice que el estado está compuesto de Pueblo, Territorio y Poder". [31]

LIC. IGNACIO BURGOA:

"Habla de: Población, Prerrogativas, Obligaciones, Ciudadanía, Territorio, Poder Soberano, Orden Jurídico Fundamental". [31]

De esta forma podemos considerar como mas importantes a los siguientes tres elementos: Territorio, Población y Gobierno.

1.- TERRITORIO:

"Es el espacio terrestre, aéreo y marítimo sobre el cual el ente estatal ejerce su poder". [31]

Es el espacio físico perfectamente delimitado y considerando dentro de éste todo el conjunto de recursos naturales -- susceptibles de ser explotados.

2.- POBLACION:

"Conjunto de habitantes que se asienta sobre un territorio determinado, vinculados por hechos de la convivencia"

[31]

Es el conjunto de seres humanos que tienen la característica común de compartir un territorio.

3.- GOBIERNO:

"Es la entidad a la que se le confiere el ejercicio de la autoridad en una comunidad". [31]

En especial nos abocaremos al estudio del tercer elemento por considerarlo más relacionado con el estudio de la Administración Pública. Pues bien, el gobierno debe responder eficaz y eficientemente a la solución de los problemas de la sociedad a la que representa para poder gozar de una estabilidad. Es decir, el gobierno debe tener una función pública, sea el tipo que sea, esta es la función que realiza la autoridad legítima de una comunidad y persigue la eficacia y la eficiencia. Para poder satisfacer esta función pública requiere de estructuras, procesos, funciones, actividades y procedimientos adecuadamente organizados. Recursos suficientes y oportunos para funcionar y una capacidad técnica administrativa y política de los funcionarios.

Es en este punto donde surge la Administración Pública Federal, pero para poder hablar de ella debemos comenzar por definirla.

WOODROW WILSON:

Es la ejecución de la política pública, afirma que la administración pública es un problema técnico más no político.

ALLEN MACKENZIE:

Es el conjunto sistemático de reglas para lograr la máxima eficiencia en las formas de estructurar y manejar un organismo social.

GERALD GOLDERN:

Es la política en acción.

FRANCISCO PORRUA PEREZ:

Es proveer por medio de servicios, a la satisfacción de los intereses que se consideran incluidos en la esfera del bien público.

OTRAS DEFINICIONES:

"Son todas las necesidades políticamente planteadas".

"Es el conjunto de operaciones encaminadas a cumplir la política pública, la voluntad del gobierno".

"Es el proceso para activar la política, es decir, es un proceso administrativo proyectado a objetivos de tipo político".

"Es el bienestar público social".

"Conjunto de instituciones públicas".

"Es el instrumento que posee el Estado para el control - social".

"El concepto jurídico de la Administración Pública nos lleva a considerarla como una esfera de actividad concreta y libre del Estado en orden a la consecución de sus fines, aplicando en el orden técnico los medios más idóneos y eficaces. Está sujeta a las normas de Derecho. [3]

De todas las definiciones anteriores podemos decir, que es la actividad del Poder Ejecutivo en la realización de los fines del Estado que le corresponden en razón de su competencia. Estos fines son:

- 1.- Fines de protección, seguridad y ordenación jurídica.
- 2.- Fines económicos.
- 3.- Fines sociogeográficos (de condicionamiento biológico y social en razón de la geografía).
- 4.- Fines higiénicos y sanitarios.
- 5.- Fines benéficos.
- 6.- Fines culturales. [2]

El Poder Ejecutivo en nuestro país es el encargado a través de la Administración Pública de ejercer la función pública, ordenándose en Secretarías, Ministerios o Departamentos, ya sea

en forma centralizada o descentralizada, para poder cumplir con cada uno de los objetivos antes señalados.

Ahora bien, quienes ejercen esa función pública tienen una responsabilidad por la organización, por el uso de los recursos y por la ejecución de la función. La función pública se desagrega en cargos o puestos públicos y se regula por leyes y reglamentos. Tenemos así que las bases jurídicas de la Administración Pública son:

- 1.- Constitución Política.
- 2.- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- 3.- Ley de Responsabilidad de los Funcionarios y Servidores Públicos.
- 4.- Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público - Federal.
- 5.- Ley General de Bienes Nacionales.
- 6.- Ley de Estadística, Geografía e Informática.
- 7.- Ley de Premios, Estímulos y Recompensas.
- 8.- Ley de Ingresos de la Federación.
- 9.- Presupuesto de Egresos de la Federación.
- 10.- Ley sobre Adquisiciones, Arrendamiento y Almacenes de la Administración Pública Federal.
- 11.- Reglamentos de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.

Todo lo anterior constituye el marco legal en el cual se mueve la Administración Pública Federal. Es necesario recalcar que el documento más importante es nuestra Constitución

Política de 1917, que consta de varias partes: orgánica, dogmática, de garantías sociales y la económica. A partir de la -- Constitución se derivan todas las demás leyes y códigos. Uno de ellos y que es de vital importancia para la Administración Pública, es la Ley Orgánica de la misma, ya que compete a todo lo referente a su organización.

La Ley Orgánica de la Administración Pública es el órgano legal y formal creado durante el gobierno del Presidente José López Portillo, con la finalidad de regular y normar tanto la formación de todas las instituciones públicas pertenecien--tes a la Administración Pública y en consecuencia al Poder Ejecutivo Federal. Es decir, éste instrumento legal pretende de--finir a través de artículos específicos el área de competencia de cada una de las Secretarías, Ministerios y Departamentos de Estado, pretendiendo con esto evitar la duplicidad de funcio--nes, delimitar las obligaciones y dar a conocer los derechos - de cada uno de estos órganos.

En su artículo primero nos dice:

"La presente ley establece las bases de la organización de la Administración Pública Federal, centralizada y paraesta--tal" [26]

Esto es un documento que podrá servir para poder llevar un control y evaluación de las acciones de la Administración - Pública.

Esta ley clasifica a sus órganos en dos:

CENTRALIZADOS

ORGANOS DE LA
ADMINISTRACION
PUBLICA.

Presidente de la República, Secretaría de Estado, Departamentos Administrativos, Procuraduría General de la República.

DESCENTRALIZADOS

Empresas de Participación Estatal, Instituciones Nacionales de Crédito, Instituciones Nacionales de Seguros y Fianzas y los Fideicomisos.

En el artículo 9 menciona:

"Las dependencias y entidades de la Administración Pública Centralizada y Paraestatal conducirán sus actividades en forma programada, con base en las políticas que para el logro de los objetivos y prioridades de la Planeación Nacional de Desarrollo, establezca el Ejecutivo Federal". [26]

Así también esta ley enmarca las conductas de los individuos que encabezan a la Administración Pública en la "Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos", adjunta a la misma Ley Orgánica. Esta ley se refiere a los individuos que

interactúan en las instituciones de Administración Pública, normando sus conductas y estableciendo sus compromisos para con la institución que representan.

De tal manera que las conductas y funciones de los individuos de dichas instituciones quedarán contempladas y controladas dentro de la ley.

Otra herramienta legal importante constituida a partir de la necesidad de dar un mayor orden y transparencia a los planes de gobierno de la Administración Pública, es la consolidación de un Sistema Nacional de Planeación a través del cual se pretende dar rumbo y contenido a la Estrategia de Desarrollo adoptada por el país basada en una negociación política, una consolidación de intereses y atendiendo a las necesidades de las mayorías. Al respecto el artículo 26 Constitucional señala:

"Art. 26.- El Estado organizará un sistema de Planeación Democrática del Desarrollo Nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad del crecimiento de la economía para la independencia y democratización política, social y cultural de la Nación.

Los fines del proyecto nacional contenidos en esta Constitución determinarán los objetivos de la Planeación. La Planeación será democrática. Mediante la participación de los diversos sectores sociales, recogerá las aspiraciones y demandas de la sociedad para incorporarlas a el plan y los programas de desarrollo. Habrá un Plan Nacional de Desarrollo al que se sujetará

obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal.

La ley facultará al ejecutivo para que establezca los procedimientos de participación y consulta popular del Sistema Nacional de Planeación Democrática, y los criterios para la formulación, control y evaluación del plan y los programas de desarrollo. Así mismo, determinará los órganos responsables del proceso de planeación y las bases para que el Ejecutivo Federal coordine mediante convenios con los gobiernos de las entidades e induzca y concierte con los particulares las acciones a realizar para su elaboración y ejecución.

En el Sistema de Planeación Democrática, el Congreso de la Unión tendrá la intervención que señale la ley". [9]

El 5 de enero de 1983 se expide la nueva Ley de Planeación que reglamenta al artículo 26, precisando el marco normativo para la planeación. Esta ley tendrá por objetivos establecer las normas y principios básicos conforme a los cuales se lleve a cabo la Planeación Nacional del Desarrollo, las bases para que el Ejecutivo Federal coordine sus actividades de Planeación con las Entidades Federativas, las bases para promover y garantizar la participación democrática de los diversos grupos sociales a través de sus organizaciones representativas en la elaboración del plan y los programas globales, sectoriales, regionales y especiales. De esta forma la ley de Planeación establece en uno de sus puntos que la Planeación Nacional

del Desarrollo estará basada entre otras cosas en el fortalecimiento del Pacto Federal y el Municipio libre para lograr un desarrollo equilibrado del país, promoviendo la descentralización de la vida nacional.

Podemos decir, que la ley de planeación será el órgano legal encargado de señalar la forma en la cual se deberá llevar a cabo la planeación en México. Su relación con la Administración Pública es que ésta deberá sujetar sus programas de acción al Plan Nacional de Desarrollo.

El Plan Nacional de Desarrollo constituye otro elemento importante dentro de la Administración Pública. En México se han estructurado los planes sexenales con la intención de plasmar en ellos los ideales a los cuales la sociedad en su conjunto pretende llegar, y los medios necesarios para poder llevarlo a cabo en forma de políticas y estrategias.

En el sexenio del presidente Lic. Miguel de la Madrid - Hurtado se instituyó de esta forma el Plan Nacional de Desarrollo, el cual fué elaborado tomando en cuenta la opinión y necesidades de la población, a través del uso de foros de consulta popular. Dichos foros han venido a reafirmar el concepto de -- Planeación Democrática por el hecho de haberse tomado en cuenta a los distintos grupos y sectores de nuestra sociedad, como una medida de ampliar la participación en la planeación, evitando - el elitismo y la imposición de objetivos e intereses que solo favorecieron a un único sector.

El Plan Nacional de Desarrollo será considerado como:

"El instrumento que permite dar coherencia a las acciones del sector público, crear el marco para inducir y concertar la acción de los sectores social y privado y coordinar las de los tres órdenes de gobierno". [24]

De los foros de consulta popular se recogieron diversas opiniones respecto a las variadas necesidades de la población en lo político, social, cultural, e tc. Una de las demandas que es de gran importancia para el tema que desarrollamos fué:

La necesidad por descentralizar los distintos aspectos de la vida nacional, y reforzar la capacidad de las autoridades y sectores locales para propiciar el desarrollo regional mas equilibrado del país; en este sentido, los diversos grupos sociales opinaron en favor de regionalizar los servicios de salud, así como los de educación básica y normal. [24]

De esta manera es como podemos observar que una de las siete tesis básicas contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo nos dice: DESCENTRALIZACION DE LA VIDA NACIONAL.

Significa el proceso mediante el cual se aprovechan la fuerza social del talento y la voluntad en las entidades federativas para fortalecer el desarrollo equilibrado de la nación. Esta descentralización comprende dos dimensiones diferentes, aunque estrechamente relacionadas, por una parte, la descentralización territorial y la reordenación económica, y por la otra la descentralización de funciones y de recursos en tres niveles

de gobierno y la ampliación de la participación popular en la -
definición de políticas y programas.

Para lograr lo anterior la Federación a firmado con cada estado el "Convenio Unico de Desarrollo", como una manera de po
der posibilitar la coordinación de acciones. Con estos conve--
nios se pretende lograr que al tiempo que se desconcentran los
recursos y se descentralizan las funciones, se aumente la capa-
cidad política y administrativa de los gobiernos estatales y mu
nicipales. Cabe señalar que el Plan Nacional de Desarrollo es
el instrumento de la planeación de mayor jerarquía, derivándose
de él los planes de mediano plazo, y a su vez de ellos los Pro-
gramas Operativos Anuales (POAS), partiendo así desde el nivel
más general de la planeación, hasta el más particular encargado
de la instrumentación y aplicación de las acciones tendientes a
cumplir los postulados del nivel más general.

A grandes rasgos el Plan Nacional de Desarrollo está es-
tructurado en tres grandes apartados:

"El primero establece el marco de referencia para el di-
seño de la estrategia general. El segundo contiene los linea--
mientos para la estructuración del plan en los distintos ámbi--
tos de la vida nacional, y el tercero plantea la manera en que
los diferentes grupos sociales pueden participar en su ejecu--
ción". [24]

El presidente Lic. Miguel de la Madrid planteó desde el
comienzo de su sexenio, buscar la forma de recuperar la capaci-

dad de crecimiento y mejorar la calidad del desarrollo a través de dos estrategias fundamentales que abarca el plan:

1.- Reordenación económica, y

2.- Cambio estructural.

1.- Reordenación económica:

1.1 Abatir la inflación y la inestabilidad cambiaria.

1.2 Proteger el empleo, la planta productiva y el consumo básico.

1.3 Recuperar el dinamismo del crecimiento sobre bases diferentes. [24]

2.- Cambio estructural:

2.1 Enfatizar los aspectos sociales y distributivos del crecimiento.

2.2 Reorientar y modernizar el aparato productivo y distributivo.

2.3 Descentralizar las actividades productivas y el bienestar social.

2.4 Adecuar las modalidades de financiamiento a las prioridades del desarrollo.

2.5 Preservar, movilizar y proyectar el potencial de desarrollo nacional.

2.6 Fortalecer la rectoría del Estado, impulsar el sector social y alentar al sector privado.

[24]

Como podemos observar la descentralización de la vida nacional está en una de las seis políticas establecidas para cumplir con la estrategia del Cambio Estructural, de ahí radica su gran importancia y la necesidad de llevarla a cabo.

Otro de los puntos importantes tocados por el Presidente es el de alcanzar a través de los puntos anteriores una sociedad más igualitaria y una renovación moral de la sociedad. Nuevamente se hace palpable la importancia de la descentralización sobre todo en los servicios básicos como lo son la salud, la educación, etc. En el caso de la salud es necesario descentralizar dichos servicios como una manera de llevarlos a un mayor número de ciudadanos para que puedan tener acceso a ellos.

Solo en esta medida se podrá hablar de la verdadera sociedad igualitaria, que pretende tratar a sus integrantes sin distinciones y los mismos derechos ante la ley.

Después de haber estudiado algunos de los aspectos teóricos presentados en este capítulo, podemos afirmar que el Estado Mexicano no tiene una gama compleja y amplia de funciones que debe cumplir como representante de la sociedad a la que gobierna. Estas van desde las más concretas y específicas, hasta las más sofisticadas y generales.

Hemos visto como esas funciones se encuentran en la actualidad amalgamadas entre sí correspondiendo a muchas de las fases que los estados han desempeñado a lo largo del desarrollo histórico. De tal suerte que podemos afirmar que la descentra-

lización administrativa se presenta como una necesidad actual justificada desde los diversos ámbitos de acción del Estado Mexicano: político, económico, social, cultural, etc. Es una -- nueva forma de organizar a la Administración Pública Federal - Mexicana ante las exigencias de responder a una acelerada evolución de las necesidades actuales en México. Estas necesidades corresponden a la idea de alcanzar un desarrollo económico mas equilibrado y equitativo, lo cual ayudará a elevar significativamente el nivel de vida de los mexicanos y poder llegar -- así a una verdadera sociedad igualitaria. Todo a través del -- fortalecimiento del Pacto Federal y de la autosuficiencia generada por los tres niveles de gobierno, logrando aspirar al cambio estructural real.

De esta forma la Administración Pública alcanzará la -- eficacia y la eficiencia que conducirá a una mayor estabilidad política y a una amplia democratización de la participación social en la planeación, programación y ejecución de las acciones del gobierno.

La Descentralización Administrativa constituye, así -- pues, un paso evolutivo que debe dar el Gobierno Federal y que se encuentra contemplado como uno de los retos planteados durante este sexenio. Un proceso de cambio paulatino y de transición en la estructura institucional del Gobierno Federal.

C A P I T U L O

II

ASPECTOS TEORICOS DE LA DESCENTRALIZACION.

C A P I T U L O I I

Después de los análisis realizados en el capítulo anterior se hace necesario determinar las distinciones entre los conceptos de centralización, desconcentración y descentralización.

Comenzaré por referirme a aclarar algunos de los aspectos teóricos más importantes del término de Centralización.

La Centralización es un tipo de organización administrativa que se ha usado en gran medida dentro de nuestro país. Al tratar de caracterizarla podemos mencionar algunos rasgos o elementos que se pueden considerar esenciales en su estructura.

Para empezar podemos decir que existe un poder unitario o central que permite la unificación del mando y uniformidad en las decisiones estableciendo de esta manera una sola dirección a la cual debe concretar sus acciones la Administración Pública.

Otro rasgo esencial, es la forma en la que los órganos centralizados se encuentran agrupados unos respecto de otros -- originando una situación de dependencia de los órganos de menor jerarquía con respecto de los de mayor jerarquía. Esto permite asegurar una verdadera subordinación y cumplimiento de las órdenes y decisiones provenientes de los niveles superiores. Este hecho es lo que da origen a la llamada relación jerárquica que no es otra cosa mas que la forma en que los órganos se relacio-

nan unos con otros. Cabe señalar que en la centralización los órganos con facultad de resolución e imposición de sus decisiones son unos cuantos convirtiéndose los demás en auxiliares. Es decir, estos órganos tendrán a su cargo todas las tareas y funciones de apoyo para asegurar que se puedan realizar las órdenes de los órganos decisorios. Todo lo anterior viene a darnos la idea de que en la centralización la relación jerárquica de los órganos será de tipo piramidal, en la cual los órganos de mayor jerarquía y de mayor poder de decisión se encontrarán en la punta de dicha pirámide y en la medida en que se desciende disminuirá la jerarquía y el poder de decisión obteniéndose una subordinación de los órganos que ocupan el resto de la pirámide con respecto a la cúspide.

Un aspecto que es de vital importancia para caracterizar a la centralización es el económico ya que todos los órganos centralizados se identificarán por compartir un solo presupuesto, el cual será asignado según los criterios establecidos por los órganos decisorios. De tal manera que a la vez que el centro genera y capta sus propios ingresos, también los canalizará hacia sus demás órganos que en este caso serán subordinados.

Existen algunos poderes que la centralización otorga a las personas titulares de los órganos jerarquizados y básicamente son:

- 1.- Poder de nombramiento.
- 2.- Poder de mando.
- 3.- Poder de vigilancia.

- 4.- Poder disciplinario.
- 5.- Poder de revisión.
- 6.- Poder para resolución de conflictos de competencia.

[22].

1.- El poder de nombramiento, se refiere a la capacidad que tienen las autoridades superiores para poder nombrar a los titulares de los órganos subordinados, con lo cual podemos observar nuevamente la centralización del poder.

2.- El poder de mando, consiste como ya se ha mencionado en la facultad que tienen los órganos superiores de poder -- dar órdenes e instrucciones para que sean cumplidas por los órganos subordinados.

3.- El poder de vigilancia tendrá por objetivo básico - el tener un seguimiento del papel desempeñado por los órganos - subordinados mediante la rendición de cuentas o la realización de investigaciones para poder ejercer un control de la función de los órganos inferiores hacia los superiores.

4.- El poder disciplinario, será la facultad de ejercer sanciones o amonestaciones de parte de los órganos decisorios - hacia los subordinados en el caso de no cumplirse adecuadamente con su función respectiva.

5.- El poder de revisión, tiene su fundamento en el hecho de que todos los órganos subordinados deberán someter sus - actos a una observación previa de los órganos decisorios para - poder anularlos, aprobarlos, modificarlos según sea el caso.

6.- El poder para resolución de conflictos de competen-

cia, es la facultad de los órganos decisorios para poder resolver los conflictos de competencia que puedan surgir en los órganos subordinados.

De todo lo anterior podemos concluir que definitivamente la centralización unifica y concentra todo el poder en aquellos órganos que ocupan la cúspide de la pirámide y a los cuales se les atribuye todo tipo de facultades para poder establecer un orden y control dentro de la organización. Esto nos llevará a alcanzar un desarrollo equilibrado controlado por un centro. Pero el problema fundamental radica en que al centralizarse tanto poder en unos cuantos órganos podríamos caer en lo contrario a la verdadera democracia de la organización, en la cual una minoría es la que determina las líneas de acción de las mayorías.

DESCONCENTRACION.

Es otra forma de organización administrativa que podríamos considerar como transitoria entre la Centralización y la -- Descentralización. Una definición de ella sería:

"Es la transferencia a un órgano inferior o agente de la administración central, de una competencia exclusiva, o un poder de trámite, de decisión, ejercido por los órganos superiores, disminuyendo relativamente la relación - de jerarquía y subordinación". [41]

Como podemos ver en la Desconcentración Administrativa comienza

a haber una cierta delegación de algunas funciones o competencias hacia algunos agentes u órganos del poder central por considerarlo a juicio de los órganos superiores adecuado, pero bajo una libertad restringida o limitada que no llega a la autonomía.

La Desconcentración Administrativa se presenta como la respuesta del Estado ante el surgimiento de una problemática como: la complejidad creciente de los problemas económicos, el aumento de la burocracia y de la población, las exigencias desorbitadas de las leyes administrativas y el creciente intervencionismo del Estado.

En otras palabras, la Desconcentración Administrativa como su nombre lo indica, saca de un solo centro diversos órganos y agentes para repartirlos territorialmente otorgándoles ciertas facultades especiales pero dependiendo en gran medida de dicho centro.

Esto significa que en la Desconcentración Administrativa existe efectivamente una disminución de la relación de jerarquía pero sin llegar a la autonomía o independencia total.

Con todo lo anterior podemos afirmar que ese lazo de dependencia que seguirá existiendo entre el poder central y los órganos desconcentrados se dará en diversos aspectos como por ejemplo en lo que se refiere al presupuesto ya que los órganos desconcentrados dependerán y estarán sujetos a lo que el poder central les otorge según sus criterios, esto es lo que hace a -

la Desconcentración Administrativa obsoleta o ineficaz en algunos casos.

Además podemos afirmar que el poder de decisión de mayor jerarquía sigue estando en el centro aunque éste sea delegado - en ciertas cantidades hacia los órganos desconcentrados. Esto lo podemos observar si atendemos a la definición del Lic. Juan Luis de la Vallina Velarde:

"La Desconcentración es un principio jurídico de organización administrativa, en virtud del cual se confiere -- con carácter exclusivo una determinada competencia a uno de los órganos encuadrados dentro de la jerarquía administrativa, pero sin ocupar la cúspide de la misma"

Podemos mencionar algunos de los caracteres y elementos de la Desconcentración Administrativa como sigue:

1.- Es una forma que se sitúa dentro de la Centralización Administrativa. (El organismo no se desliga de este régimen).

2.- La relación jerárquica se atenúa, de esta manera el poder central se reserva amplias facultades de mando, de decisión, de vigilancia y competencia. Los órganos desconcentrados no ocupan la cúspide de la jerarquía administrativa.

3.- No gozan de autonomía económica, aún cuando se señalan casos de excepción.

4.- La autonomía técnica es la verdadera justificación de la Desconcentración.

5.- La competencia se ejerce dentro de las facultades -

del Gobierno Federal, y se origina entre órganos superiores de la Administración Pública y órganos interiores que ven aumenta da su competencia a costa de los anteriores.

6.- El órgano Desconcentrado tiene su régimen por una ley, un decreto, un acuerdo del Ejecutivo Federal, o el régimen general de una Secretaría de Estado aunque puede operarse en -- otras entidades.

7.- El ejercicio de facultades exclusivas, no es obstá- culo para que las relaciones entre el órgano Desconcentrado y - el poder central sean dirigidas normalmente através del órgano correspondiente.

8.- Sin necesidad de interferir en la competencia exclu siva, el poder central, está facultado para poder fijar la polí tica, desarrollo y orientación de los órganos Desconcentrados - para mantener la unidad y desarrollo de la acción de la Adminis tración Pública". [41]

DESCENTRALIZACION.

Constituye una forma más de organización administrativa que viene a realizar un papel de mediadora entre dos situacio-- nes totalmente extremas.

"Por un lado la Centralización rígida y por el otro la - gestión independiente de los intereses colectivos por or ganizaciones particulares". [22]

Hay que aclarar que el término de organizaciones particu

lares está referido no solo a las que pertenecen a la iniciativa privada sino que también se considera una organización particular a un municipio o a un estado, ya que ven por los problemas de su propio territorio o jurisdicción y en esa medida son particulares con respecto a la Federación.

La Descentralización Administrativa tiene características muy especiales y sobre todo distintas a las que hemos analizado en la Centralización y en la Desconcentración.

Para empezar podemos decir que todos los órganos descentralizados tienen una personalidad jurídica propia, de tal forma que este hecho es uno de los primeros aspectos que hace a la descentralización más independiente del poder central.

Otra característica importante se refiere al aspecto económico debido a que todos estos órganos tendrán su propio patrimonio disponiendo de él según sus propios criterios. Es decir, ellos serán los generadores de sus ingresos y serán quienes conociendo las problemáticas y las necesidades que viven, canalizarán sus recursos económicos hacia donde ellos juzguen conveniente.

Y lo más importante será que los funcionarios y empleados de los órganos descentralizados no están sujetos a los poderes que implica la relación jerárquica. Este aspecto es de fundamental importancia, pues la mayoría de las veces se ha caracterizado a la Descentralización Administrativa solo en base a dos elementos: personalidad jurídica y patrimonio propio. Pero

hay que señalar que la forma en que se da la relación jerárquica dentro de la Descentralización es también un elemento muy importante para poder caracterizarla.

De tal forma que podemos afirmar que los órganos descentralizados no están totalmente subordinados al poder central y así la relación jerárquica se atenuara. Debemos recordar que en la Descentralización no desaparece totalmente dicha relación jerárquica, pues esto haría de ella una gestión totalmente independiente, pero cabe aclarar que única y exclusivamente se limitará a las áreas del Control y Evaluación.

Algunas definiciones sobre la Descentralización Administrativa son:

Lic. Andres Serra Rojas:

"La Descentralización Administrativa es la técnica de organización jurídica de un ente público, que integra una personalidad a la que se le asigna una limitada competencia territorial o aquella que parcialmente administra asuntos específicos, con determinada autonomía o independencia, y sin dejar de formar parte del Estado, el cual no prescinde de su poder político regulador y de la tutela administrativa.

La Descentralización Administrativa refleja los vínculos de relación con el poder central y se sitúa fuera del campo de acción de este poder, manteniendo con éste las estrictas relaciones de control.

Descentralizar no es independizar, sino solamente alejar o atenuar la jerarquía administrativa, conservando el poder central limitadas facultades de vigilancia y control.

Entre el poder central y el organismo descentralizado no hay otra relación que las facultades estrictas de control y vigilancia, necesarios para tener en forma precisa la orientación política y económica de todos los elementos del Estado". [41]

Otro elemento importante dentro de la descentralización es que los órganos descentralizados tendrán un régimen jurídico especial al cual estarán sujetos cada uno de ellos.

Esta idea responde nuevamente a lo que había mencionado con respecto a las necesidades de cada órgano con lo cual será necesario implantar un marco jurídico que se adapte a las diversas necesidades de los órganos.

Es importante poner de manifiesto que ese marco jurídico especial solo tendrá vigencia en el espacio territorial o área de competencia del órgano descentralizado y que en ningún momento deberá atentar en contra del federalismo o en otras palabras de lo que nuestra Constitución enmarque y es en este aspecto -- donde el control y la evaluación juegan su principal papel.

La Descentralización Administrativa dentro de la Administración Pública será el grado máximo de libertad otorgada por el poder central sin perder su esencia hacia los órganos descentralizados para poder decidir y actuar pero dentro de ciertos lími-

tes, que estarán determinados en base a una estricta y minuciosa vigilancia (Control y Evaluación) por parte del Centro.

Este tipo de organización administrativa responde a la necesidad de poder gobernar toda una gran extensión de territorios, lo cual hace imposible al poder central hacerse cargo de esta tarea viéndose en la necesidad de delegar muchas de sus funciones hacia otros órganos (descentralizados) quienes lo representarán. Otra de las necesidades del surgimiento de este tipo de régimen es la idea de satisfacer una verdadera democracia plasmada en una mayor y más amplia participación gubernamental en sus tres niveles de gobierno: Federal, Estatal y Municipal.

Después de este breve análisis conceptual, vale la pena distinguir y comparar algunas de las diferencias y similitudes entre los conceptos antes tratados.

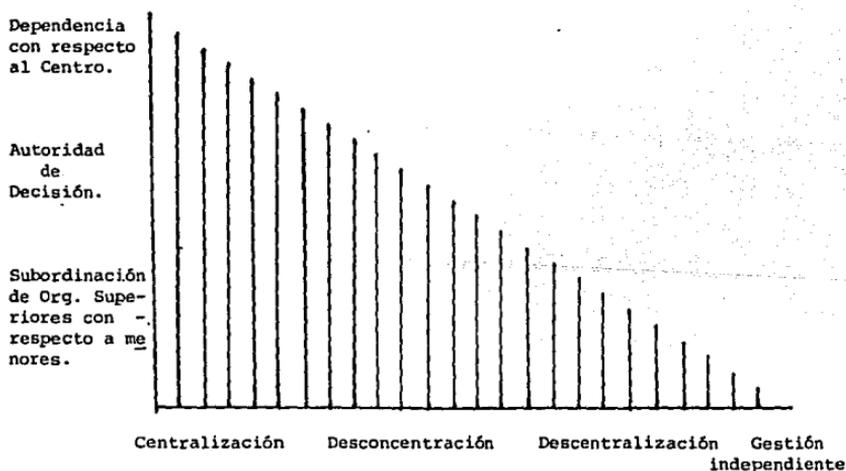
Así pues, podemos afirmar que los órganos subordinados tanto en la administración centralizada como en la desconcentrada no tienen autonomía orgánica, ni autonomía financiera, su situación se liga a la estructura del poder Central. La Centralización y la Desconcentración Administrativas unifican jerárquicamente la acción de la autoridad central en una organización general que es la Administración Pública.

Ahora bien, la Centralización se diferencia de la Desconcentración en la medida en que en la última empieza a existir aunque sea de una manera mínima, la capacidad de decidir pero so

lo en el caso de una competencia exclusiva.

Y ambas Centralización-Desconcentración se oponen conceptualmente al término de la Descentralización ya que aparte de -- carecer de personalidad jurídica propia, patrimonio propio y -- marco jurídico especial, la forma en que la facultad de decidir y actuar se manifiesta es mayor en ésta a diferencia de las anteriores lográndose un nivel de independencia mayor.

Como podemos ver la diferenciación básica o más sobresaliente radica en la delegación de autoridad para decidir y actuar por lo cual he elaborado el siguiente diagrama, con la finalidad de esquematizar más todo lo anterior.



Pasaremos a hablar de las distintas modalidades que reviste la Descentralización, que básicamente se pueden clasificar en tres:

- 1.- Descentralización por región.
- 2.- Descentralización por colaboración.
- 3.- Descentralización por servicio. [22]

DESCENTRALIZACIÓN POR REGION:[22]

La Descentralización por Región consiste en el establecimiento de una organización administrativa destinada a manejar los intereses colectivos que corresponden a la población radicada en una determinada circunscripción territorial.

Aquí se establece una estrecha relación entre lo que es una estructura administrativa ligada a el espacio físico o territorio, ese vínculo que se presenta entre ambos es la necesidad de representar y gobernar a los ciudadanos que habitan ese lugar.

Con esto se pretende lograr una mayor eficiencia y eficacia en los sistemas de gobierno. Significa la posibilidad de una gestión más eficaz de los servicios públicos y por lo mismo una realización más adecuada de las atribuciones que al Estado corresponden.

Así se posibilitará a poder tomar decisiones más adecuadas en la medida en que los ciudadanos que habitan dicho lugar se encontrarán más inmersos en la problemática que viven y conocerán mejor las estrategias para solucionarlos. La Descentralización por Región no solo es de servicios sino también de bienes

de producción.

En nuestro país se ha contemplado legislativamente este tipo de Descentralización en el aspecto legal del municipio y -- las entidades federativas.

El municipio es una forma en que el estado descentraliza los servicios públicos correspondientes a una circunscripción territorial.

Una observación importante que se hace necesario aclarar es que al hablar de Descentralización Administrativa se ha ligado mucho al municipio con ésta, y se ha dejado un poco de lado a las entidades federativas, lo cual considero erróneo pues también las entidades federativas juegan un papel importante dentro de la misma.

Dentro de la Descentralización por Región encontramos -- ciertos caracteres importantes que constituyen la organización municipal y que son:

- 1.- En primer lugar, la existencia de una personalidad jurídica.
- 2.- La concesión por el estado de derechos públicos en favor de esa personalidad.
- 3.- La creación de un patrimonio cuyo titular es la propia personalidad.
- 4.- La existencia de uno o varios órganos de representación de la persona moral. [22]

DESCENTRALIZACION POR COLABORACION. [22]

Este tipo de descentralización obedece a la necesidad de que al tener cada vez más ingerencia el estado en la vida privada se van presentando problemas complejos que para su solución requieren de una preparación técnica especial de la cual carecen los funcionarios públicos y de ésta forma la Administración Pública impone o autoriza a organizaciones privadas su colaboración haciéndoles participar en el ejercicio de la función administrativa. Es el ejercicio privado de las funciones públicas.

La Descentralización por Colaboración constituye un buen ejemplo de lo que da fundamento a nuestra economía mixta. Aunque hay que aclarar que considerando el nombre de este tipo de Descentralización "por Colaboración", debemos tomar en cuenta - que la colaboración es entendida como una acción voluntaria lo cual va en contra de la definición que hemos dado. Es decir, en algunos casos será voluntaria y en otros impuesta, por este hecho considero inadecuado el término de "colaboración".

En este caso encontramos dos elementos que confirman este régimen:

- 1.- El ejercicio de una función pública, es decir, de una actividad desarrollada en interés del Estado.
- 2.- El ejercicio de dicha actividad en nombre propio de la organización privada. [22]

DESCENTRALIZACION POR SERVICIO.

Este régimen de descentralización tiene vital importancia

para el tema que desarrollamos, esta se puede definir como:

"La Descentralización por Servicio descansa en una consideración técnica para el manejo de una actividad determinada, o sea de prestación de un servicio público social, la explotación de bienes o recursos propiedad de la nación, la investigación científica y tecnológica, o la obtención y aplicación de recursos para fines de asistencia o seguridad social". [41]

A diferencia de la Descentralización por Región que vela los intereses y soluciona los problemas de una determinada comunidad territorialmente específica, la Descentralización por Servicio trata de llevar los servicios mas esenciales de interés general hacia todo el territorio mexicano.

Algunos elementos esenciales de este régimen son:

- 1.- Existencia de un servicio público de orden técnico.
- 2.- Un estatuto legal para los funcionarios encargados de dicho servicio.
- 3.- Participación de funcionarios técnicos en la dirección del servicio.
- 4.- Control del gobierno ejercitado por medio de la revisión de la legalidad de los actos realizados por el servicio descentralizado.
- 5.- Responsabilidad personal y efectiva de los funcionarios. [22]

Otras de las definiciones de la Descentralización por Servicio son:

"Es un modo de organización administrativa, mediante la cual se crea el régimen jurídico de una persona de derecho público, con una competencia limitada a sus fines específicos y especializada para atender determinadas actividades de interés general, por medio de procedimientos técnicos". [6]

"Las formas de Descentralización por Servicio obedecen a razones útiles de orden técnico, financiero y funcional, que descarga a la administración de nuevas tareas". [41]

Para efectos de nuestro estudio y coincidiendo con el Prof. Andrés Serra Rojas, consideraremos sólo un tipo de descentralización que contemplará tanto a la de Región como a la de Servicio:

"En el exámen estricto de nuestro Derecho Constitucional y Administrativo, no permite afirmar, que en nuestra organización administrativa no existe más que una sólo forma de Descentralización que es por Servicio". [41]

Para poder hablar de la descentralización en nuestro país, necesitamos recurrir a conocer de algunos de sus antecedentes más inmediatos. Estos parten desde el inicio del sexenio del presidente Miguel de la Madrid en donde se recalcó el papel fundamental que imprimiría a la Descentralización de la vida nacional.

A raíz de la profunda transformación planteada por la Revolución Mexicana, se hizo necesario concentrar esfuerzos y centralizar el poder, situación que hoy en día ha sido superada an

te el agotamiento de posibilidades presentadas por este tipo de organización. De tal suerte la centralización, que en un principio sentó las bases para un desarrollo equilibrado y equitativo, se ha convertido en una grave limitante para la realización de nuestro proyecto nacional. "Las prácticas y mentalidades --centralistas se han convertido en obstáculos que distorcionan --la democracia, profundizan la desigualdad e imposibilitan el desarrollo armónico de las diferentes regiones y grupos del país"

[13]

De tal forma que el gobierno del Lic. de la Madrid emprendió como uno de sus muchos retos prioritarios el de la descentralización de la vida nacional como una política contemplada dentro del cambio estructural. Es decir, se prepararon y se previeron todas las estrategias y acciones necesarias encaminadas a lograr dicho objetivo.

Algunas de esas acciones o estrategias más relevantes --fueron:

Se estableció el reto de descentralizar la vida nacional en base al campo de la política, de la administración pública, la economía y la cultura.

Dicha descentralización exige un proceso profundo, gradual, ordenado y eficaz, de revisión de competencias constitucionales entre federación, estados y municipios analizando así facultades y atribuciones de las autoridades federales, locales y municipales para determinar cuales se pueden redistribuir.

En ciertos casos en que sea necesario descentralizar pero no sea adecuado para el sistema federal la redistribución de competencias, se acordó recurrir a la delegación de facultades -- por la vía de la concertación de acciones y de convenios.

Se determinarían los servicios, funciones, mecanismos y programas de apoyo para los diversos tipos de municipios, distinguiendo los rurales, los urbanos y los metropolitanos. Se otorgarían facultades legales y de solvencia financiera a los municipios así como una capacitación administrativa de las funciones municipales en el marco de un servicio civil de carrera. Se fortalecería al municipio y se le harían varias reformas legales al artículo 115, ésto con la finalidad de romper con la centralización a nivel de entidades Estatales-Municipales.

En lo político se pensó en ampliar el margen de autonomía de las decisiones políticas de los habitantes de las comunidades municipales así como tender a una superación de los procesos de selección interna de los candidatos a cargos de elección popular, estatal y municipal.

Se resaltó el papel de la Planeación Nacional, democrática y participativa como instrumento fundamental de la descentralización en la medida en que sus acciones estarían determinadas por la Federación en coordinación con los estados y municipios influyendo los tres niveles en su proceso de diseño, ejecución y vigilancia.

De esta forma se obtendría una mayor participación en las

tareas de definición y ejecución del desarrollo nacional.

También se pensó en acabar con el fenómeno de centralización económica a través de la implantación de un federalismo -- económico. Se redistribuiría así mismo las actividades productivas como la industria y los servicios, sobre todo en su expansión, aquí se recalcó la importancia del sector servicios ya que como generador de empleo deberá ser considerado como inductor importante de la descentralización.

Se revisará la eficacia de los subsidios a la investigación y al consumo con un criterio de descentralización y el gasto público sería considerado como una herramienta para descentralizar la actividad productiva.

Se propuso a la Descentralización de la Administración - Pública Federal como elemento conductor y ejemplo inmediato del proceso de Descentralización y se estableció así mismo que el gobierno federal conservaría las atribuciones de planeación, definición de políticas, normatividad y evaluación para mantener la -- unidad e integridad de la nación.

En materia de educación se tomó la decisión de descentralizar la enseñanza elemental y básica y posteriormente la media. En lo que se refiere a la Salud se admitió haber alcanzado un alto grado de descentralización, pero se consideró que era posible avanzar todavía más mediante la Descentralización de la Inversión Pública en infraestructura de Salud, dejándola en manos de los estados en su operación y fomentando la participación de los mu-

nicipios en las actividades de medicina preventiva y atención curativa, sobre todo al primer nivel.

Se propuso impulsar la traslación, fuera de la ciudad de México, de oficinas y dependencias de las empresas, fondos, fideicomisos, comisiones y otras entidades cuyas acciones se desarrollan preponderantemente en la provincia, de esta forma se evitará el burocratismo y papeleo en el centro de la República.

Se decidió continuar el proceso de Descentralización de la Justicia Federal, así como el fortalecimiento en estados y municipios de las funciones de información, evaluación y control en cada esfera de la Administración Pública, esta idea responde a la necesidad de que a mayores funciones y mayores recursos disponibles, se necesitan como contrapeso mejores sistemas de información, evaluación y control.

Se reconoció la gran heterogeneidad característica del fenómeno municipal y como contrapartida se propuso postular las decisiones que necesita nuestro país en sus diferentes regiones. Por medio de una política de fortalecimiento municipal diferenciada.

Como podemos observar todas las acciones mencionadas anteriormente realmente están encaminadas a lograr la descentralización de la vida nacional, ahora bien los problemas u obstáculos que ha frenado dicho proceso se han presentado en el momento de instrumentar todo este conjunto de políticas. Es de esperarse que como se ha mencionado la descentralización de la vida nacio-

nal sea general y abarque muchos de los aspectos de nuestra vida diaria, así mismo las dificultades que se han presentado a dicho proceso son de una amplia gama de aspectos políticos, administrativos, económicos, sociales, culturales. Todos se encuentran en trelados y sumamente relacionados.

Por ejemplo, en el campo de la política se puede observar un temor a la dispersión del poder y en consecuencia la disminución del mismo. Es decir, una pérdida de hegemonía y liderazgo del poder central con respecto de la periferia, lo cual hasta -- cierto punto acabaría con el poder de mando. A este fenómeno se atribuiría el hecho de que en la descentralización fluya el poder del centro hacia la periferia, pero condicionándolo y sujetándolo a restricciones a través del control y evaluación como -- una manera de dar cierta libertad pero conservando el centro su fuerza.

A su vez esto podría ocasionar cierta intranquilidad y resentimiento de la periferia hacia el centro por el hecho de sentirse libres para decidir al mismo tiempo que controlados y vigilados. Un ejemplo muy claro lo constituye nuestra forma de go--bierno presidencialista en la cual pese a la división existente de poderes, sobre sale un predominio del Ejecutivo sobre los --- otros dos.

También tendríamos que agregar el problema psicológico de inseguridad al momento de actuar y decidir por parte de los órganos descentralizados y que es una consecuencia natural del condi

cionamiento hacia un Paternalismo Estatal y Federal.

En el terreno administrativo podemos decir que falta - una mayor coordinación por parte de la Federación hacia los - estados y municipios ya que existe una crítica duplicidad de funciones y de competencias haciendo inéficas la existencia - de muchos organismos. Se debe tratar de dirigir las acciones de la Administración Pública en un solo sentido evitando su - dispersión a través del proceso de descentralización. Una manera de lograrlo sería abrir más los canales de comunicación entre órganos para lograr una mayor concordancia e informa---ción sobre sus acciones.

En el campo de lo económico también surgen problemas como lo es la racionalización del presupuesto, donde nuevamente el centro ejerce un control notable. Debemos recordar que -- una de las características de la Descentralización Administrativa es el patrimonio propio con lo cual caemos nuevamente en otro de los vicios que desvirtúan el proceso de descentralización.

Además este problema es todavía aumentado cuando dicho presupuesto tiene que ser programado con criterios establecidos y fijados por dicho centro, muchas veces de las cuales no coincidirán con los de las diferentes regiones del país.

En el aspecto social podemos encontrar otro problema - consistente en una cierta apatía por parte de algunas comunidades, las cuales para poder solucionar la mayor parte de sus problemas esperan la intervención de la Federación. Con este tipo de actitud fomentan el centralismo y la dependencia.

Pese a las problemáticas antes mencionadas y los diversos obstáculos que la descentralización ha encontrado, se han redoblado esfuerzos para poder cumplir con los objetivos que ella exige.

Dentro de todas las áreas que abarca la descentralización de la vida nacional solo son dos las que realmente se están y se han descentralizado, estos son:

El Sector Educación y el Sector Salud.

Cabe aclarar que estos dos sectores se han descentralizado de manera paralela complementándose mutuamente.

Para poder darnos cuenta del proceso de descentralización del Sector Salud se hace necesario recurrir a ciertos antecedentes que considero de gran importancia.

A fines del año de 1981 y a lo largo de 1982, se comenzó a considerar medidas tendientes a consolidar un "Sistema Na

cional de Salud". De esta idea surgen dos esfuerzos paralelos encaminados a lograr dicho objetivo, por un lado el 25 de agosto de 1981, el entonces presidente Lic. José López Portillo recogió la iniciativa del Secretario de Programación y Presupuesto de ese tiempo, el propio Lic. de la Madrid anunció la creación de la Coordinación de los Servicios de Salud de la presidencia de la República, con la misión expresa de proponer las bases que permitieran establecer un Sistema Nacional de Salud. Y por el otro lado, de manera paralela, se estructuraron los foros de Consulta Popular sobre Salud y Seguridad Social dentro de la campaña electoral del Lic. Miguel de la Madrid. Dichos foros estaban coordinados por el Dr. Leobardo C. Ruiz.

En 1982, una vez electo el presidente Miguel de la Madrid, se tomó la decisión de concretar los anteriores esfuerzos a través de leyes que condujeran a dicho objetivo. De esta forma se delinearán más claramente las tres estrategias propuestas por el Ejecutivo consistentes en: una sectorización, una descentralización y una modernización en las que se basarán los proyectos y los programas del gobierno federal en el campo de la Salud.

Así pues, con el propósito fundamental de promover el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud dentro del marco del Sistema Nacional de Planeación, se creó el 24 de agosto de 1981, la "Coordinación de los Servicios de Salud" y cuyos objetivos fueron:

a.- Determinar los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos necesarios para coordinar e integrar en forma eficiente las acciones y recursos relativos a la prestación de los servicios públicos de salud.

b.- Definir las estrategias y acciones que coadyuvarán a la conservación de esos propósitos.

c.- Fijar las bases que permitirían 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 de Salud, con el fin de procurar a toda la población la atención de la salud. [8]

Los esfuerzos y acciones realizados por la Coordinación de los Servicios de Salud permitieron de esta manera sentar bases para hacer modificaciones de orden jurídico, elevando a rango constitucional el Derecho a la Salud y posibilitando el proceso de sectorización de esta.

Así mismo podemos decir, que el principal objetivo por el que la Coordinación de los Servicios de Salud fué creada es "determinar los elementos técnicos, normativos, administrativos y financieros públicos de salud dentro de un Sistema Nacional de Salud que cubra a toda la población". [8]

Cabe aclarar que también se creó un Consejo Consultivo, formado por los representantes de las instituciones que participan en el gabinete del Sector Salud, y dos comités asesores, -- uno compuesto por la Secretaría de Programación y Presupuesto y

otro por representantes de la Coordinación gEneral de Estudios Administrativos.

Un avance alcanzado por la Coordinación de los Servicios de Salud fué la firma de acuerdos con los gobernantes de 20 estados para constituir sub-comités especiales para el estudio de las formas de integración de los Servicios de Salud.

Dentro de la reunión del gabinete del Sector Salud del 14 de diciembre de 1981 y en donde participó la Coordinación de los Servicios de Salud se plantearon la realización de acciones inmediatas y de acciones mediatas. Dentro de las inmediatas se consideró la celebración de varios convenios como:

1.- Entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia para transferir a la primera algunas unidades de atención médica del D.I.F.

2.- Entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Secretaría de Educación Pública con el objeto de transferir a la primera los servicios de higiene escolar proporcionados por la segunda en las escuelas del D. F. y los estados.

3.- Entre la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para transferir a este Instituto los Servicios Médicos que la Secretaría venía proporcionando a su eprsonal en el Distrito Federal. [8]

Dentro de las acciones mediatas la Coordinación se plan-

teó la tarea de realizar:

- 1.- Un diagnóstico de la salud en el país para identificar los elementos políticos, organizacionales e institucionales que han condicionado el desarrollo de los Servicios de Salud.
- 2.- Definir los perfiles de demanda de esos servicios.
- 3.- Conocer las características de los servicios y recursos de atención médica. [8]

Cabe aclarar que las acciones y propósitos que se plantearon en materia de salud quedaron encomendados a la Secretaría de Salubridad y Asistencia una vez que el Lic. Miguel de la Madrid fué electo como presidente de nuestro país y quedando a cargo -- del Sector Salud el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, quien antes tenía a su cargo la coordinación de los Servicios de Salud.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia tiene a su cargo la coordinación del Sistema Nacional de Salud responsabilidad -- contemplada en la Ley General de Salud. Para poder consolidar -- un Sistema Nacional de Salud interviene entre otros en los los -- siguientes ámbitos:

- 1.- Establecer y conducir la política nacional en materia de salud.
- 2.- Coordinar los programas de Servicios de Salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, -- así como los agrupamientos por funciones y programas afines, que en su caso se determinen.
- 3.- Impulsar la desconcentración y la descentralización de los Servicios de Salud.

4.- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y Servicios de Salud.

5.- Coordinar el proceso de programación de las actividades del Sector Salud.

6.- Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud.

7.- Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud, coadyuvando a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud.

8.- Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud. [40]

Así mismo la Ley General de Salud fija las atribuciones correspondientes a la Secretaría de Salubridad y Asistencia entre las cuales se destacan:

1.- Dictar las normas técnicas de los Servicios de Salud en todo el territorio nacional y verificar su cumplimiento.

2.- Coordinar, evaluar y llevar el seguimiento de los Servicios de Salud.

3.- Organizar y operar servicios para el programa contra la farmacodpendencia, el control sanitario y la sanidad internacional, así como vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del Sector Salud.

4.- Desarrollar temporalmente, acciones de salud en las entidades federativas, cuando éstas lo soliciten de conformidad

con los acuerdos de coordinación.

5.- Promover, orientar, formular y apoyar las acciones en salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas.

6.- Realizar la evaluación general de la prestación de los Servicios de Salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional.

7.- Organizar y operar los servicios de salud a su cargo y en todas las materias de salubridad general, desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas cuando éstas se lo soliciten de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto.

8.- Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia.

9.- Promer y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento.

10.- Coordinar el Sistema Nacional de Salud. [40]

Un lógico proceso de reestructuración orgánica y funcional de la Secretaría durante los primeros años de gobierno del Presidente Miguel de la Madrid culminó el 24 de enero de 1985, con el tránsito de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en Secretaría de Salud, no fué sólo un cambio de nombre sino que significa un cambio de estructuras que le permiten planear, normar, eva---

luar, supervisar y ser un órgano de gestión financiera ante las instituciones operativas. De esta forma se emitió un decreto de reforma y adición a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, de fecha 21 de diciembre de 1984 en el cual se fijan las facultades de la Secretaría de Salud para:

- 1.- Llevar a cabo la Programación Nacional de Salud.
- 2.- Fijar las normas técnicas a que se sujetan los Servicios de Salud en el país.
- 3.- Otorgar financiamiento a los Servicios Estatales de Salud.
- 4.- Ejercer las facultades de autoridad que retiene la Federación. [13]

Así la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió radicalmente su estructura, mediante un vigoroso ejercicio de compactación dado en tres etapas: 25 de junio de 1984, 19 de agosto de 1985 y 13 de octubre de 1985. Los dos primeros ajustes fueron planeados para llevar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia a la posición que se le ha asignado en el Sistema Nacional de Salud. El cambio deslindó las funciones de Dirección, a cargo del Secretario; las de regulación y coordinación dentro del Sector Salud y con otros sectores a cargo de la Sub-Secretaría de Planeación; la de apoyo, a cargo de la Oficialía Mayor; las de control, a cargo de la Contraloría Interna y las propiamente sustantivas: de Servicios de Salud, de Regulación Sanitaria y de Investigación y Desarrollo, inicialmente a cargo de tres sub-secretarías. El ajuste de agosto de 1985, consecuencia de la reducción del gasto público, si bien canceló una de las tres sub-

secretarías sustantivas no distorcionó el arreglo funcional introducido.

Con ello, la Secretaría tiene ahora los medios para procurar la protección de la salud de los mexicanos en cuanto se refiere al control sanitario de productos, bienes, servicios, insumos y en cuanto a regular la operación efectiva de los servicios por parte de los responsables de su prestación. También cuenta ahora con elementos para ver hacia el futuro los factores que inciden en la salud, fundamentalmente los conocimientos que se van generando y para validar la tecnología adecuada que puede ser aplicada en los servicios.

En síntesis, el arreglo del Sistema Nacional de Salud significa:

1.- Una reordenación institucional en la que concurren todas las instituciones que tienen a su cargo servicios públicos de salud para ver conjuntamente problemas, programas y recursos, precisar universos de acción y hacer lo que a cada quien toca para lograr objetivos comunes.

2.- Una reordenación estructural que refiere los cambios que se han dado tanto en la estructura de la dependencia cabeza del Sector Salud como en las entidades sectorizadas para cumplir mejor con el cometido que les requiere el sistema.

3.- Una reordenación dentro del Pacto Federal para que el gobierno federal y los gobiernos estatales deslinden y armonicen responsabilidad en el amplio espectro de la Salubridad General.

4.- Una reordenación territorial, a fin de establecer --

sistemas estatales de Salud, de dimensiones mas efectivas que, en conjunto, constituyen el Sistema Nacional de Salud.

5.- Una reordenación Intersectorial para sumar a los fines de la salud acciones que respondan a otras Secretarías - de Estado. [13]

Cabe aclarar que dentro de todas las reformas que se han hecho tanto a los programas y planes como a la misma Secretaría de Salud, la Descentralización de los Servicios de Salud juega un papel fundamental y para poder hablar de ella primero hay -- que tratar de explicar lo que es y los objetivos y metas que -- persigue.

El 30 de agosto de 1983 se expide un decreto presidencial el cual dispone la "Descentralización de los Servicios de Salud" y además se recalca el hecho de que dicha descentralización debe rá tener un programa con objetivos, metas, plazos, funciones, re cursos y señalamientos de responsabilidad. También menciona la necesidad de la existencia de funciones para entregar a los go-- biernos de los estados al mismo tiempo de perfeccionar los Servi cios Coordinados de Salud Pública. Estos Servicios Coordinados según el decreto deberán tener autonomía para tomar sus decisio-- nes sin injerencia de las oficinas centrales de la Secretaría de Salud, además estarán presididos por los gobernadores de los es-- tados. Las oficinas centrales solo serán de Planeación, de Nor-- ma y de Control.

Toda esta reorganización que plantea el anterior decreto

es otro factor importante que como vemos influyó para decidir reorganizar los Servicios Coordinados y la propia Secretaría de Salud.

Ahora bien, los objetivos que se pretendieron alcanzar a través de esa reorganización son de corto y de largo plazo:

1.- CORTO PLAZO.

Son fundamentalmente instrumentales y se centran en recuperar el carácter concurrente de la materia sanitaria, esto es, la materia sanitaria, la salud, no es responsabilidad exclusiva de la Federación, sino que es materia compartida entre los estados y la federación y dentro de los estados es responsabilidad de los municipios también.

2.- LARGO PLAZO.

Son primordialmente sustantivos y se centran en buscar -- que la organización que tienen a su cargo los Servicios de Salud, tenga la escala o el tamaño adecuado para ser eficiente. Es decir, se necesita establecer en cada estado la organización de los Servicios Coordinados del tamaño adecuado para ser eficiente y - cumplir sus objetivos.

En pocas palabras la Descentralización de los Servicios de Salud para poder obtener óptimos resultados deberá ser un proceso que vaya de la Federación a los gobiernos de los estados; de las unidades centrales a los Servicios Coordinados a las jurisdicciones y de ahí a las unidades de atención hospitalares o Centros de Salud.

Dicho proceso de descentralización se va a llevar a cabo a través de dos vías:

1.- A través de los Convenios de Coordinación mediante la existencia de un modelo nuevo para celebrar convenios novedosos entre el Secretario de Salud y los gobernadores.

2.- A través del cambio o modificación de la legislación estatal o local en materia de salud.

En este aspecto cabe señalar la reforma que se llevó a cabo del artículo 4o. Constitucional que no solo otorga el derecho a la protección de la salud sino que dá por hecho la existencia de una ley que distribuya la salubridad federal, la salubridad de los estados y municipios, es decir, que exista una distribución de competencias.

Para poder cumplir con lo anterior se creó la ya mencionada nueva Ley de Salud que distribuye lo que es de los estados y lo que es de la Federación, pero las acciones no terminan ahí, después de dicha ley sigue proceder a los estados y municipios para reformar sus constituciones y aclarar con precisión cuales son los contenidos de salud de sus constituciones locales.

Todo esto para evitar seguir cayendo en el modelo por el que iba o va todavía nuestro país en materia de salud, en el que erróneamente se le ha dado un mayor énfasis a lo que se conoce como Medicina o Atención Curativa, cuando deberíamos darle mayor atención a la Medicina Preventiva; lo cual se refleja en el impulso que se le ha dado a los llamados segundo y tercer niveles,

de los cuales nos ocuparemos más adelante, es decir, los grandes hospitales con gran tecnología y gran equipamiento y dejando olvidado el llamado nivel primario.

Cabe aclarar que con los recursos con que se cuenta en la actualidad la Descentralización de los Servicios de Salud es un proceso viable viendo así que el problema fundamental no es de recursos sino de medidas ordenadas y de voluntad política. Algunas de esas medidas ordenadas podrían ser:

1.- Evitar duplicidades entre las instituciones de Salud, sobre todo por lo que se refiere a la localización regional de unidades.

2.- Que haya un mismo modelo mínimo de atención sea en el I.M.S.S.; en el I.S.S.S.T.E.; en el I.M.S.S.-COPLAMAR ó en la propia Secretaría de Salud.

Como se ha mencionado anteriormente la Descentralización de los Servicios de Salud se ha llevado a cabo a través de los convenios de coordinación realizados entre la Federación con los estados y municipios y las reformas y modificación legales que han abarcado desde el nivel más general hasta el más específico.

En dichas reformas legales encontraremos aspectos de la Descentralización de los Servicios de Salud que consideró de gran importancia ya que establecen la pauta para que dicho proceso pueda darse.

Por ejemplo, la "Ley General de Salud" que se promulgó el 7 de febrero de 1984 y que tiene entre sus objetivos, dar impulso

la descentralización a través de una distribución de competencias en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas. En el séptimo título de dicha ley, se indica como una de las atribuciones de la Secretaría de Salud es "impulsar la Descentralización y Desconcentración de los Servicios de Salud, y en algunos de los demás títulos de la misma se mencionan aspectos como el propósito de establecer sistemas estatales de salud y la responsabilidad de los gobiernos estatales en su Planeación, Organización y Desarrollo, también distribuye las competencias entre Federación y Estados". [39]

Así mismo el 30 de agosto de 1983 se expidió un decreto que estableció las bases para la Descentralización de los Servicios de Salud y en la cual se señalaron los siguientes puntos:

1.- Que el proceso se sujeta a los lineamientos y a las normas que amplían el desarrollo regional y a los acuerdos de coordinación entre Federación y Estados

2.- Que los acuerdos de coordinación incluirían: las facultades a desconcentrar a los Servicios Coordinados de Salud Pública; los recursos afectos; las acciones para la Integración y Funcionamiento de los Sistemas Estatales; los manuales de organización, de procedimiento y de servicios y los plazos para el cumplimiento de compromisos.

3.- Que los Servicios Coordinados de Salud Pública deberán convertirse en órganos administrativos desconcentrados por región con los consejos internos de administración presididos por los gobernadores.

4.- La adecuación del modelo estructural de la Secretaría en el proceso de descentralización que deslinda lo normativo en ella y lo operativo en los Servicios Coordinados.

5.- La participación de las Jefaturas de los Servicios Coordinados de Salud en los Sub-comités de Salud y Seguridad Social de los "COPLADES".

6.- La creación de un órgano al que se le confiere el - Sistema de Salud del Distrito Federal, sujeto a la normatividad y a las acciones de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el Departamento del Distrito Federal". [13]

El 8 de marzo se expidió otro decreto en el que se determinaba la descentralización a los gobiernos estatales de los -- Servicios de Salud de la Secretaría de Salud y los del programa I.M.S.S.-COPLAMAR. En dicho decreto se refuerza el sentido de - que la descentralización es un proceso gradual, ordenado por un programa que busca evitar deterioros en la operación de los Servicios, se implicaba la evaluación de las acciones y se indicaba la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad. Además se señaló la elaboración de un programa de descentralización de los SERservicios de Salud para población abierta, responsabilidad conjunta de las Secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud, y del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Ahora bien, en lo que se refiere a la participación formal de los gobiernos federal y estatal, sobra recalcar la importancia de los Convenios Unicos de Desarrollo como elementos indispensables para la ejecución y operación del proceso de des--

centralización precisamente en el Convenio de 1984 se incorporaron dos cláusulas importantes: La primera precisó que los ejecutivos federal y estatal realizaron acciones para llevar a cabo la integración programática de los Servicios de Salud en el estado y en una segunda etapa la integración orgánica de dichos servicios y a cargo de la cual se encargaron la S.S.A., el programa I.M.S.S.-COPLAMAR y la propia entidad. La segunda cláusula estableció que la S.S.A. celebrarían acuerdos de coordinación para continuar el proceso de descentralización de los Servicios de Salud, así como promover la formación y funcionamiento eficiente de Sistemas Estatales de Salud. [13]

De esta forma la Secretaría formalizó convenios con los 31 gobiernos de los estados de la república y de los cuales podemos deducir como principales finalidades las siguientes:

- 1.- Establecer el tipo y características operativas de los Servicios de Salud.
- 2.- Determinar las funciones que corresponda realizar a la Secretaría de Salud y al estado.
- 3.- Determinar los recursos que se aportan al efecto y efectuar las transferencias que correspondan.
- 4.- Establecer la estructura administrativa para los Servicios de Salud de la entidad.
- 5.- Desarrollar los procedimientos para elaborar programas y presupuestos conforme a manuales de coordinación programática.
- 6.- Fijar los lineamientos para la descentralización ha

cia los municipios.

7.- Establecer normas y procedimientos del control que corresponden a la Secretaría de Salud. [13]

También se hace necesario destacar que dentro del proceso de modernización legislativa que se desencadenó a partir de la "Ley de Salud" resalta la renovación de ordenamientos locales -- que se aplican a la salud. Así es como se dió la actualización de la legislación sanitaria local mediante la promulgación de le yes de Salud en diversos estados como: Baja California Sur, Gu er ro, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala y Zacatecas.

La Descentralización de los Servicios de Salud al ser un proceso innovador y reestructurador ha encontrado en consecuencia ciertos problemas u obstáculos que aunque son superables entorpecen severamente la Descentralización Sanitaria. Dichos ob t á cu lo s son de muy diversa índole aunque muchos de ellos se rela cionan entre sí.

Empezaremos por mencionar uno que ocasiona un gran número de problemas al proceso de descentralización y se refiere al marco jurídico. Dentro de la Salud constituye uno de los comp o n e n te s fundamentales del proceso descentralizador, pero hay - que aclarar que solo una idónea instrumentación jurídica asegura que se lleve a cabo en concordancia con las distintas instituciones el proceso de descentralización así como el garantizar que su implantación goce de orden y fijeza. Desgraciadamente -

ese marco mostraba y muestra insuficiencias en materia de salubridad general ya que conforme lo establece la Constitución General de la República en sus artículos 73 y 115 ésta es concurrente. La conjunción de ese carácter concurrente y el desarrollo jurídico desigual son la causa de que impusieran limitaciones a la acción descentralizadora.

Otro ejemplo lo constituye el hecho de que nuestro Código Sanitario de 1973 no regulaba suficiente y armónicamente las distintas materias sanitarias ni precisaba suficientemente su reparto entre las esferas federal, estatal y municipal, con lo que se incurría en superposiciones y omisiones. Además la reglamentación de ese cuerpo legal se caracterizaba por la abundancia de ordenamientos, reglamentos, decretos y acuerdos, los cuales muchos de ellos estaban expedidos en épocas distintas, lo que a su vez ocasionaba dificultad para identificar la vigencia de las disposiciones específicas.

En lo que se refiere a la legislación local, el Código Federal debido a la centralización creciente acabó por sustituir a los Códigos locales, los cuales cayeron en la obsolescencia.

En lo que se refiere al aspecto administrativo podemos afirmar que México posee varios sistemas institucionales de Servicios de Salud que han actuado incoordinadamente, lo que ha provocado marcadas desigualdades y deficiencias en cuanto a productividad de los recursos y efectividad de la atención. Es de

cir, la proliferación de Sistemas Institucionales (I.M.S.S., - I.S.S.S.T.E., PEMEX, Secretaría de Salud, I.M.S.S.-COPLAMAR, - etc.) y la ausencia histórica de un verdadero sector salud (ca be considerarse que nuestro país no dispone aún de un Sistema Nacional de Salud consolidado y entendido como mecanismo de -- coordinación que garantice el acceso universal a servicios) -- así como las distintas fórmulas de financiamiento, han conduci do a que no esté cabalmente implantado un modelo de atención, que asegure el acceso a servicios básicos de salud de calidad homogénea, y a que los recursos tecnológicos, materiales y financieros muestran pronunciadas desigualdades entre los servicios institucionales y un gasto per cápita muy distinto. Todo esto ocasionó a su vez que no se contara con una normativa téc nica de observancia obligatoria que rigiera la atención que -- prestan los distintos organismos. Se debe de tener cuidado en no caer en la celebración de un número excesivo de convenios - entre federación, estados y municipios, porque de los contra-- rrio las autoridades locales se volverán simples agentes federa les.

Dentro del aspecto social encontramos un gran obstáculo a la descentralización, y es el que se refiere al aspecto labo ral debido a sus repercusiones políticas y a la vez financie-- ras. Este responde a que tanto los apartados Constitucionales como las leyes reglamentarias, los contratos colectivos, conve nios colectivos, contratos especiales y condiciones generales de trabajo, definen garantías laborales y condiciones de traba

ASPECTO POLITICO DE LA DESCENTRALIZACION:

La Administración Pública como instrumento de gobierno que pretende satisfacer las necesidades de la sociedad, ha estado ligada y fucionada con la Ciencia Polftica desde su origen.

Siempre se ha considerado que antes de interactuar la Administración Pública se han expresado en forma política -- ciertas demandas y necesidades que requiere el sistema para -- seguir subsistiendo. En la medida en que se satisfagan y so- lucionen dichas demandas de manera satisfactoria se asegurará la prevalencia de dicho sistema. De tal forma que se conside- ra al servidor público como el agente encargado de aplicar -- las técnicas de la adminsitración pública al mismo tiempo que ser considerado un ente político. Es decir, todas nuestras - decisiones administrativas siempre estarán enfocadas a afec-- tar intereses de uno ovarios grupos humanos de nuestra socie- dad, dependiendo de los criterios que se establezcan como prio- ritarios a unos o a otros. Y estos criterios a su vez están - establecidos en base a las demandas y necesidades más imperio- sas de nuestra sociedad.

De tal forma se manifiesta una bifuncionalidad adminis- trativa de política y administración, al grado de afirmar que un buen administrados público debe ser a la vez un buen polfi- tico.

Como consecuencia de ello, la Descentralización Administrativa de los Servicios de Salud como medida técnica también tiene un trasfondo político, por un lado como medida técnica tiende a mejorar y superar la organización de la Administración Pública para satisfacer de manera eficaz los problemas de la sociedad. Por el lado político tiende a reafirmar la función del estado benefactor que brinda a sus ciudadanos un conjunto de servicios a nivel masivo y que convierte a la Administración Pública en el órgano que paleará los problemas generados de una lógica desigualdad social generada por nuestro propio sistema capitalista.

De esta forma la Descentralización Administrativa buscará legitimar al estado mexicano en la medida en que solucione y satisfaga sus demandas de mala distribución de servicios y falta de cobertura de los mismos. Es decir, será un proceso legal, en el sentido de estar apoyada en un marco jurídico suficientemente fuerte y que crea las condiciones propicias para poder generarse. Y por el otro lado será un proceso legítimo en la medida en que busca el aumento de los niveles de legitimidad del Estado Mexicano así como su ratificación de estado benefactor.

Dentro de los problemas políticos de la Descentralización de los Servicios de Salud encontramos varios enfoques como lo son, por un lado se busca la reivindicación de grandes decisiones fundamentales de la nación como lo son el Pacto Fe-

ESTA TESTIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

deral y el municipio libre, pero al mismo tiempo se tiende a un uso socialmente productivo de los recursos del pueblo.

Otro enfoque pretende custodiar la eficiencia microeconómica y sostiene la creencia de que los servidores federales y los ciudadanos capitalinos son de mejor calidad que -- los empleados locales y los hombres del interior.

Otros enfoques sostienen que en tiempos de crisis es necesario centralizar las decisiones y disciplinar a las partes que componen al país.

Aparte de todos los problemas antes mencionados debemos agregar otros más que dificultan la descentralización de los Servicios de Salud y hacen parecer hasta cierto punto, contrarias las políticas e instituciones gubernamentales para descentralizar dicho sector.

Para empezar podemos mencionar el hecho de que en nuestra capital es en donde se concentran la mayoría de los Servicios de Salud de segundo y tercer nivel, lo cual obliga a los ciudadanos del interior de la república a emigrar constantemente de sus lugares de origen hacia la capital. En este caso -- propondría la descentralización gradual de dichos niveles de atención. También se presenta una carencia de personal técnico capacitado para poder llevar la descentralización a los estados, con lo cual la Federación es nuevamente la encargada de dotar de dichos cuadros quitando oportunidades de trabajo a --

parte de la población local.

Otra carencia más es la falta de delimitación y especificación práctica de los pasos que debe de seguir el proceso -- de Descentralización de los Servicios de Salud en los estados y municipios, esto ocasiona una generalización de estrategias y políticas y una falta de especificación en los programas -- prácticos. Además hasta el año de 1987 solo se habían descentralizado 12 estados, lo cual demostraba la desigualdad del -- proceso que puede ser revertido en un debilitamiento del Pacto Federal además de crear un gran desconcierto y resentimiento por parte de aquellos estados que no han podido gozar de -- las ventajas de la descentralización.

También podemos afirmar que debido a la falta de un solo Sector Salud unificado por un lado y a la existencia de una gran variedad de instituciones que se dedican a esta actividad, se han observado fenómenos que hacen difusa la intención des-- centralizadora como en el caso de la descentralización que se ha dado en la Secretaría de Salud mientras el Seguro Social -- permanece sin cambio. Cabe aclarar que el Seguro Social es -- una institución que financieramente es más sólida y está dirigida al sector productivo, lo cual indica que su campo de trabajo se encuentra en las grandes concentraciones fabriles ubicadas en las ciudades.

Además debido a esa falta de unificación del Sector Salud

que ya se mencionó podemos afirmar que la Descentralización de los Servicios de Salud no contempla por procesos de descentralización de instituciones como PEMEX, Cruz Roja, Servicios Médicos del Ejército, etc., volviendo a demostrar la falta de -- uniformidad en las acciones.

Otro factor importante es la actitud presentada por los prestadores de este servicio, quienes no están dispuestos a -- desplazarse hacia el interior de nuestro país, esto puede ser a la falta de servicios, esenciales en las diferentes poblaciones o bien por la actitud psicológica de creer que el nivel de vida de los grandes centros urbanos es más alto que los de las zonas rurales.

Por último cabe aclarar que el proceso de Descentralización de los Servicios de Salud para poder ser realmente eficaz y cumplir con sus objetivos debe ir a la par y coordinado con -- el proceso de descentralización de otros servicios también esenciales a la población. El descentralizar un solo servicio puede ser peligroso y su meta puede estar conducida al fracaso.

Este capítulo nos permitió analizar algunos de los aspectos teóricos más sobresalientes que caracterizan a la Descentralización Administrativa y que la diferencian de la Centralización y de la Desconcentración. Así mismo, se mencionaron algunos de los antecedentes y postulados básicos que dieron origen a la política de "Descentralización de la Vida Nacional", a la

par de que se expusieron algunos obstáculos que dicho proceso enfrentó. Se mencionó cómo la Descentralización de la Vida - Nacional abarca una amplia gama de áreas productivas y dentro de las cuales se resaltaron el Sector Educación y el Sector - Salud.

Del Sector Salud se mencionaron los antecedentes al es- tablecimiento del Sistema Nacional de Salud así como las re- formas estructurales que sufrió la Secretaría de Salubridad y Asistencia a raíz de la creación de la "Nueva Ley de Salud". Dentro de este contexto se recalcó la importancia de la Des- centralización de los Servicios de Salud como una de las nue- vas estrategias implementadas por la ahora Secretaría de Salud, mostrándose también algunos retos y problemas que dicha descen- tralización enfrenta.

C A P I T U L O

III

DIAGNOSTICO DE LA SALUD EN MEXICO.

C A P I T U L O I I I

En el siguiente capítulo trataré de esbozar el panorama de Salud-enfermedad que ha predominado en nuestro país a partir de los años setentas y parte de los ochentas, como una forma de detectar los problemas y las necesidades más imperiosas que se han presentado en nuestro país durante los últimos años.

Una vez realizado el anterior análisis procederé a revisar algunos datos sobre el conjunto de recursos tanto humanos, financieros y físicos con que cuenta el Sector Salud para poder hacer frente a la problemática detectada en el diagnóstico de Salud-enfermedad antes mencionado.

Así mismo, haré un seguimiento de las principales líneas de acción en base a objetivos, metas y estrategias que propone el llamado Programa Nacional de Salud.

PANORAMA SALUD-ENFERMEDAD.

En fechas recientes este tópico, ha cobrado mayor actualidad, estudiándose mayormente, las relaciones entre los factores demográficos (volumen, crecimiento, estructura y distribución de la población) y los factores económicos sociales, culturales y en especial, con los de la salud-enfermedad, los cuales tienen una función dentro del proceso de desarrollo del país.

En México el Programa de Planificación Familiar, ha reci

bido una gran prioridad política, justificándose en buena medida en la teoría Malthusiana, de la escasez de los alimentos en relación con el crecimiento poblacional, y con los fines explícitos de incrementar el nivel de los mexicanos.

Con el fin de identificar algunas de las relaciones entre la demografía y el proceso de salud-enfermedad, presentaré los datos más recientes, respecto a ambos grupos de factores, de donde identificaremos algunos de los problemas más trascendentes.

Según datos del X Censo de Población y Vivienda (4 de junio de 1980), la población total de la república mexicana era de 67'405,700 habitantes, aumentando en tan solo 10 años (1970-1980) 19.2 millones, lo que nos da una tasa de crecimiento intercensal de 3.29%.

Tasa de crecimiento intercensal. Son un promedio anual que refleja el ritmo de crecimiento de la población, a mitad del período, por lo tanto, significa que alrededor de 1975 la población del país crecía a un ritmo de 3.29%.

Este elevadísimo crecimiento de población, se ha considerado consecuencia de la disminución de las tasas de mortalidad general y el incremento de las tasas de natalidad, lo que se resume en un incremento del crecimiento natural, el cual siguió una tendencia secular ascendente hasta 1970, donde fue de 34.1; para presentar a partir de este año un súbito descenso, reportándose para 1978 un crecimiento natural de solo 29.5, lo

que resulta en que, solo en ocho años el crecimiento natural - disminuyó 4.6 unidades; este singular fenómeno se ha atribuido según fuentes oficiales al mejoramiento de los niveles de vida, la aplicación de la tecnología médica, la organización de los Servicios de Salud a partir de 1940, y al descenso de natalidad, consecuente con la implantación de los Programas de Planificación Familiar. (TABLA I)

Observamos que nuestro país presenta un crecimiento poblacional muy alto, dado que en el período comprendido entre 1960-1980 la población casi se duplicó pasando de 34.9 a 67.4 millones de mexicanos. (TABLA 2)

Ante esta situación demográfica, la política oficial se ha marcado metas a corto y mediano plazo, las que han establecido que para el año 1982 la tasa de crecimiento sería de 2.5% anual y para el año 2000 la tasa deberá disminuir cerca de 1% anual.

Aún si supiéramos que se lograrán estas metas, se estima que para 1990 los mexicanos seríamos 87'488,900 millones de habitantes, lo que significaría 20 millones más de mexicanos en solo diez años, y para el año 2000 seríamos 100 millones de habitantes, casi el doble de los reportados en 1980.

Crecimiento Natural. (Resultado de la diferencia entre la natalidad y la mortalidad).

TASAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD Y CRECIMIENTO
NATURAL DE LA REPUBLICA MEXICANA 1940 - 1978.

(TABLA 1)

		<u>46.1</u>			
	<u>45.6</u>	<u>11.5</u>			
<u>44.6</u>			<u>44.2</u>		
	<u>16.1</u>				<u>38.0</u>
<u>23.4</u>		<u>34.6</u>	<u>10.1</u>		
	<u>29.5</u>				<u>8.5</u>
<u>21.2</u>			<u>34.1</u>		
					<u>29.5</u>
<u>1940</u>	<u>1950</u>	<u>1960</u>	<u>1970</u>		<u>1978</u>
AÑO	1940	1950	1960	1970	1978
Natalidad	44.6	45.6	46.1	44.2	38.0
Mortalidad	23.4	16.1	11.5	10.1	8.5
Crecimiento natural.	21.2	29.5	34.6	34.1	29.5

FUENTE: 1940-1970: Natural estadística básica socio-demográficas. S.P.P.

1978: Estimación del Consejo Nacional de Población con base en estadísticas vitales corregidas por subenumeración de natalidad-mortalidad.

POBLACION TOTAL DE LA REPUBLICA MEXICANA.

(TABLA 2)

<u>AÑO</u>	<u>TOTAL</u>
1900	13,607.3
1910	15,160.4
1921	14,334.8
1930	16,552.7
1940	19,653.6
1950	25,791.0
1960	34,923.1
1970	50,694.6
1980	67,405.7

FUENTE: 1900-1960: Censo General de Población.

Dirección General de Estadística, S. I.C.

1970: Población Censal corregida por subenumeración
proyectada al 30 de junio de 1970.

S.P.P. C.S.N.I. D.G.E. 78.

Se ha estimado que de seguir la tendencia histórica sin cambios improtantes, o dicho de otra manera, si no se cumplen las metas deseadas, la población mexicana dentro de 12 años -- (año 2000) sería más del doble de la actual (132 millones).

Estos datos nos dan cierta idea de la importancia del crecimiento de población en nuestro territorio, con los consecuentes problemas políticos económicos y sociales, incluyendo de manera importante a los Servicios de Salud y Seguridad Social.

POBLACION RURAL Y URBANA.

Este fenómeno demográfico, ha recibido en épocas recientes mucho mayor importancia dada la magnitud del problema que representa la migración interna desde las áreas rurales hacia las urbanas, hecho que se relaciona tanto con las condiciones prevalentes en el campo, tales como la tenencia de la tierra; las enormes desigualdades en la distribución del ingreso entre agraristas, ricos y pobres; la distinta posibilidad de emplear tecnología de producción sofisticada y otras variables no menos importantes que con la industrialización del proceso productivo han creado una fuerte tendencia migratoria rural-urbana, observándose que hasta 1950 la mayoría de la población mexicana, estaba en el área rural y a partir de esa década se invierte la tendencia, creándose una sobre concentración humana en las áreas urbanas con los consecuentes problemas sociales, políticos cultu

rales y de toda índole, en el sistema mexicano.

En un período de 20 años (1940-1960) la población urbana se incrementó de 6.8 a 17.7 millones de personas; tendencia que aumentó en los 20 años anteriores (1960-1980) donde dicha población creció de 17.7 a 48.8 millones, o sea casi el triple.

De estos 48 millones se ha estimado que más de 9 carecen de Servicios de Salud, lo que representa cerca del 19% del total de la población urbana del país. [34]

En solo diez años se desplazaron cerca de 3 millones de campesinos hacia las áreas urbanas de México, cifra que nos da cierta idea de la importancia del flujo migratorio, a partir de 1960 la población mexicana ha sido predominantemente urbana --- (50.7%) y tan solo en un período de 19 años (1979) este por ciento ha aumentado hasta 65.7%, lo que dicho de otra manera representa que de cada 100 mexicanos 66 viven en áreas urbanas y 34 en áreas rurales.

POBLACION RURAL Y URBANA DE LA REPUBLICA MEXICANA

1900 - 1979.

AÑO	% URBANA	% RURAL	TOTAL
1900	19.4	80.6	100.0
1910	24.2	75.8	100.0
1921	31.2	68.8	100.0
1930	33.5	66.5	100.0
1940	35.1	64.9	100.0
1950	42.6	57.4	100.0
1960	50.7	49.3	100.0
1970	58.7	41.3	100.0
1979	65.7	34.3	100.0

FUENTE: 1900-1960 Censos Generales de Población D.G.E., S.I.C.
1970 Población corregida y proyectada al 30 de junio
de 1970.

1979 Estimaciones del Consejo
Nacional de Población.
Población Rural: menos de
25,000 habitantes.

S.S.A. Programa de Centros Comunitarios
de Salud en áreas marginadas urbanas. [34]

Es indiscutible que las características de la distribución poblacional se correlacionan con las condiciones del desarrollo regional, por lo que se ha observado y clasificado a -- los distintos estados de la república, de acuerdo con su categoría migratoria; durante el decenio 1960-1970, los estados -- que recibieron un mayor número de migrantes, proporcionalmente a su población fueron el Distrito Federal, el Estado de México, Baja California Norte, Tabasco, Nuevo León, Campeche, Tamaulipas, Baja California Sur, Quintana Roo y Morelos, de donde podríamos decir que entre otros factores el deseo de insertarse en la gran ciudad y las industrias del Estado de México, así -- como el turismo y la explotación petrolera han tenido fuerza -- de atracción para el campesino mexicano.

Las poblaciones que por su lento desarrollo y condiciones socioeconómicas, políticas y culturales expulsaban más población eran: Zacatecas, Durango, San Luis Potosí, Tlaxcala, -- Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Guerrero y Guanajuato. [44]

Según el Consejo Nacional de Población en 1977 más de -

16 millones de habitantes de México se concentraron en tres -- áreas metropolitanas, representando el 27% de la población total, distribuida en la forma siguiente: El área metropolitana de la ciudad de México tenía 14 millones de habitantes, el área metropolitana de Guadalajara tenía 2.5 millones y el área metropolitana de Monterrey 2.1 millones. [29,44]

De acuerdo a los datos más recientes (1980) los estados de la república que permanecen clasificados como de fuerte atracción son: El Estado de México, Baja California Sur y Quintana Roo, en cambio Campeche, Tabasco y Morelos que en 1970 se clasificaron como de fuerte atracción en 1980 se clasifican como con débil atracción; Baja California Norte, Nuevo León y el Distrito Federal presentaron durante esta década (1970-1980) un fenómeno sumamente importante ya que de tener una fuerte atracción en 1970, pasaron a un estado de equilibrio en 1980; aún más significativo desde el punto de vista demográfico resultó que Tamaulipas en 1970 se clasificó como de fuerte atracción en 1980 - y se clasifique como una de las de débil expulsión, aspecto éste último de suma importancia que merecería estudios extensos para identificar algunas variables que condicionaron o determinaron - este cambio radical.

En el otro extremo de la corriente migratoria, o sea los estados que más expulsan población encontramos que los estados de Zacatecas y Durango permanecen igual que en 1970 clasificados como de fuerte expulsión en 1980, surgiendo además el estado de Chihuahua con fuerte expulsión de población en 1980, aspecto in-

terésante si sabemos que en 1970 no se encontraba clasificado - ni como de fuerte atracción, ni como de fuerte expulsión; siendo este fenómeno tan importante como el del estado de Tamaulipas anteriormente mencionado.

San Luis Potosí, Tlaxcala, Hidalgo, Michoacán y Oaxaca - que en 1970 eran de fuerte expulsión, en 1980 presentan débil - expulsión de habitantes; y solo dos estados Guerrero y Guanajuato cambiaron de tener fuerte expulsión a un equilibrio en 1980.

Como podemos observar el proceso de migración interna -- (rural-urbana) tiene relación con variables económicas tales como ingreso per cápita, tecnología disponible para la producción y otras, así como algunas de índole social y cultural (educación, capacitación para el empleo en la industria agrícola o de la manufactura, número de integrantes de las familias, índice de fecundidad, acceso a los servicios entre ellos la salud) y en general todos los elementos de un sistema social interactuantes y -- que forman las condiciones generales y de salud-enfermedad, tanto por estado como aún más notables en las pequeñas comunidades.

ESTRUCTURA POBLACIONAL.

México es un país constituido eminentemente por jóvenes, y ha presentado esta imagen por lo menos desde 1940 cuando el - 51.4% del total de la población eran menores de 19 años presentando una tendencia secular ascendente llegando en 1970 hasta - el 57.1% para que ya en 1980 los menores de 19 años ocupen el -

56.93% del total de población mexicana, cifra que nos indica - que mas de la mitad de la población es demandante potencial de servicios entre ellos la Salud y Seguridad Social así como de Servicios Educativos de Alimentos, de Recreación y Cultura y - para algunos de oportunidades de empleo, que constituyen parte importante de la dinámica social de nuestro país. [17]

Si como todo parece indicar la mortalidad general seguirá descendiendo, el cambio en el crecimiento de la población dependerá en forma más cercana de los cambios.

En la fecundidad, que según se menciona, se relacionan - con variables tales como, el rol de la mujer en la sociedad moderna y sus maneras de inserción en el proceso de producción -- (trabajo de oficina, de laboratorio, obreras, etc.), el aumento en la edad del matrimonio, el aumento de educación escolar y su consecuente proceso de concientización del problema demográfico, político, económico, en general el aumento de cobertura de Servicios de Salud y Seguridad Social, el impulso y difusión masiva de estereotipos y conductas sexuales distintos a los hasta ahora tradicionales, las intensas campañas de promoción de paternidad responsable, control del embarazo, planificación familiar y en - forma muy importante aunque poco estudiada la relación entre fecundidad y las condiciones socio económico políticas de la comunidad, pueblo o ciudad donde se viva.

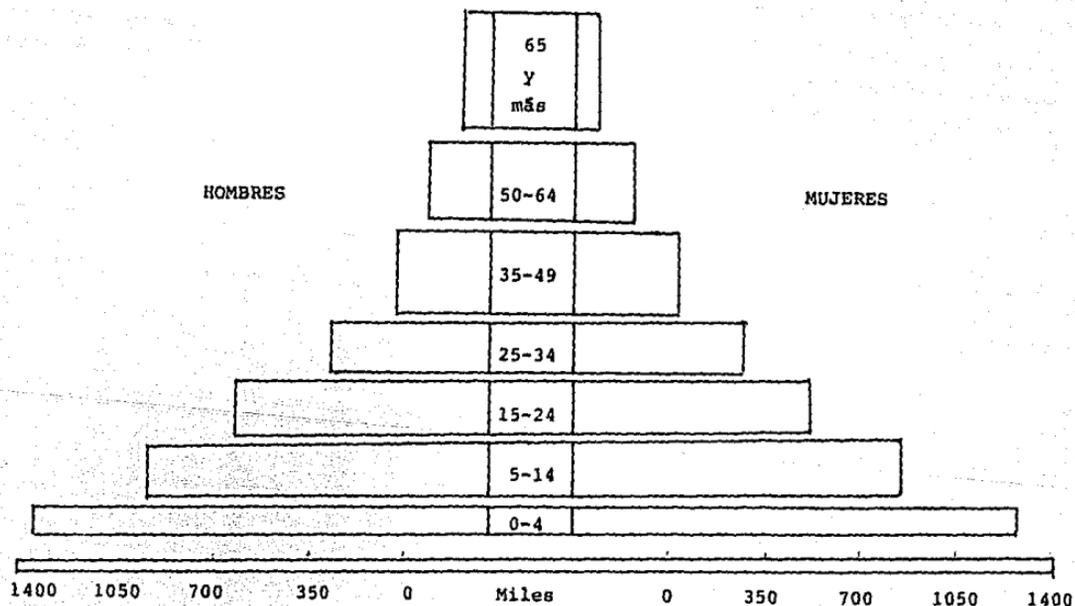
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR GRUPOS QUINQUENALES
DE LA REPUBLICA MEXICANA 1940 - 1980.

GRUPOS DE EDADES	1940	1950	1960	1970	1980
0 - 4	14.6	15.3	16.5	18.4	18.55
5 - 9	14.4	14.2	15.3	15.5	15.98
10 - 14	12.2	12.0	12.5	12.8	12.61
15 - 19	10.2	10.2	10.2	10.4	10.79
20 - 24	7.9	8.9	8.4	8.5	8.90
25 - 29	8.1	7.8	7.2	6.9	7.18
30 - 34	6.7	5.6	5.9	5.7	5.80
35 - 39	7.0	6.0	5.4	4.9	4.71
40 - 44	4.8	4.7	3.9	4.0	3.89
45 - 49	3.9	4.2	3.5	3.2	3.25
50 - 54	3.0	3.2	3.0	2.4	2.64
55 - 59	2.0	2.3	2.3	1.9	2.02
60 - 64	2.1	2.2	2.1	1.8	1.46
65 - 69	1.2	1.2	1.2	1.4	3.22
70 - 74	.8	.9	1.0	.9	_____
75 - 79	.5	.5	.5	.5	_____
80 - 84	.3	.3	.4	.4	_____
85 y más	.2	.3	.4	.4	_____
No. indicado	.1	.2	.3	_____	_____

FUENTE: VI, VII, VIII, IX Censos Generales de Población, D.G.E., S.I.C. S.P.P., Dirección General de Estadística, proyecciones de población mexicana 1970-2000 (nivel nacional)

NOTA: El Grupo de 65-69 años para los datos de 1980 se [17] consideró como de 65 años y más.

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO 1980.



FUENTE: Cuadro.

FECUNDIDAD.

La tasa global de fecundidad es una medida resumen que se obtiene sumando todas las tasas específicas y multiplicándose por 5 (por tratarse de grupos quinquenales). Ahora bien, el cálculo de las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, se calcula dividiendo el número de nacimientos provenientes de - madres de cierto grupo de edad, entre el total de mujeres de dicho grupo, por ejemplo:

$$f(20-24) = \frac{\text{Nacimientos de madres de 20 - 24 años.}}{\text{Mujeres de 20 - 24 años.}}$$

Una vez aclarados tanto el cálculo de la tasa global de - fecundidad por grupos etarios, procederé a analizar algunos datos que nos orientan hacia la determinación del problema de la - fecundidad en nuestro territorio.

En el periodo 1967-1969 la tasa global de fecundidad fué de 9.09, disminuyendo hasta 6.51 en 1970-1972 y persistiendo en su tendencia descendente, ya que en 1973-1975 se reportó oficialmente como de 6.15, y aún más en 1978 se publicó como de 5.18 (1) no obstante considero oportuno mencionar que estos datos de fecundidad son de fuentes oficiales, y que probablemente presentan sesgo al buscar justificar las acciones que respecto al control de la fecundidad se han implementado en fechas más o menos recientes, tal como el programa interinstitucional de planificación familiar y otros factores externos generalmente poco considerados como son el modo de producción predominante y la desi---

igual distribución del poder político y económico entre los distintos estados y entre las clases sociales; relaciones que deben ser estudiadas como parte de la multicasualidad sociopsicobiológica, psicobiosocial, etc. de los fenómenos demográficos. [11]

FECUNDIDAD EN LOS DISTINTOS ESTADOS*

Al igual que muchas otras desigualdades regionales las tasas de fecundidad se presentan con un patrón particular que analizaremos a continuación:

En 1978 el 65% del total de los estados del país se clasificaron como un índice elevado y estable de fecundidad, ellos -- fueron en orden de importancia: Tlaxcala con 52.8; Puebla con 47.4; Michoacán con 47.0; Oaxaca y Quintana Roo con 46.9; Hidalgo con 46.7; Querétaro con 46.5; Guerrero con 46.4; Campeche y San Luis Potosí con 46.1; Aguascalientes con 46.0; Zacatecas con 45.4; Sinaloa con 45.2; Yucatán con 45.1; Morelos con 44.2; Durango con 42.3; Guanajuato y Tabasco con 41.8; Baja California Sur con 40.7; Veracruz con 39.6 y Chiapas con 37.3. Como podemos observar la casi totalidad de las entidades se ubican en el centro y suresto del territorio nacional en especial los estados con mayor tasa de fecundidad, o sea Tlaxcala y Puebla, los cuales se caracterizan al igual que la mayoría de los sureños y del centro por sus graves carencias tanto de bienes como de servicios incluyendo la salud.

El 28% de los estados, 9, se clasificaron como con leve -

descenso y el descenso en las tasas de fecundidad era Coahuila - con 44.3, Nayarit con 40.9, Colima con 40.3, Jalisco con 40.2, - Sonora con 38.7, Nuevo León con 37.4, Chihuahua con 36.7, Baja - California Norte con 34.3 y Tamaulipas con 33.2, mismos que ocupan predominantemente el norte del país y solamente el Estado de México con 34.3 y el Distrito Federal se clasificaron como las 2 entidades con fecundidad en fuerte descenso, lo cual no indica - que los estados del centro y sureste del país tienen una mayor - tasa de fecundidad y menor tendencia a disminuirla, por lo que - se agudizan los problemas consecuentes con el mayor índice de -- crecimiento poblacional, generándose fuerte expulsión poblacio-- nal hacia las zonas urbanas, como en el caso de Tlaxcala, Michoaca cán, Zacatecas y Yucatán, Hidalgo, Querétaro, Oaxaca que expul-- san a sus pobladores hacia las entidades con fuerte atracción co mo el Estado de México, Baja California Sur y Quintana Roo.

FECUNDIDAD POR GRUPOS ETARIOS.

El grupo etario que disminuyó mayormente su tasa de fecun didad fué el de 25 a 29 años dado que pasó de .3360 en 1967-1969 a .2392 en 1978, o sea una disminución de .076, en tercer lugar respecto a la disminución de tasas de fecundidad encontramos a - las mujeres entre los 30-34 años de edad, dado que disminuyó la - tasa para los mismos períodos de tiempo en un .065 en 1978, es - importante señalar que las mujeres entre los 15 y 19 años casi - no disminuyeron su tasa de fecundidad, dado que solo disminuye-- ron solo un .03, encontrándose solamente por debajo de ellas a -

las mujeres entre 45 y 49 años de edad por lo que vemos que las madres jóvenes, casi no han cambiado su actitud respecto a los niveles de fecundidad, en términos generales. [11]

LOS RECURSOS PARA LA ATENCION A LA SALUD.

Dentro del Sector Salud se cuenta actualmente con diferentes tipos de recursos cuya función está encaminada a satisfacer la necesidad de dar salud a nuestra población. Dentro de toda organización deben existir como mínimo tres tipos de recursos para que pueda desempeñar satisfactoriamente su función, dichos recursos son: humanos, físicos y financieros.

Trataré a continuación de esbozar de manera general cual es la situación en que se encuentran estos tres tipos de recursos dentro del Sector Salud a manera de comprender que tan viable puede ser la descentralización dentro de dicho sector como una forma de mejorar este servicio.

1.- RECURSOS HUMANOS.

De acuerdo con la Unidad Coordinadora del Empleo, - Capacitación y Adiestramiento en 1982 de la población económicamente activa del país: 429,000 trabajadores (el 2.43%) están -- ubicados en el Sector Salud y Seguridad Social. De ellos ----- 265,854 (62%) realizan fundamentalmente actividades de atención médica en las principales instituciones de Salud.

Para efectos de este análisis sólo analizaremos los datos de la S.S., el I.M.S.S., el E.S.S.S.T.E y para el Distrito Federal, el D.I.F. y del D.D.F. Aunque las fuentes varían, es posible advertir que el personal que trabaja en las instituciones de Salud se ha incrementado en forma importante en los últimos años:

PERSONAL	1978	1980
Médicos	34,326	60,281
Odontólogos		1,972
Enfermeras	49,313	72,130

CUADRO 1 [8]

Paramédicos	10,634	25,634
TOTAL	94,273	160,017

A continuación se mostrará un cuadro que señala la distribución de los recursos humanos en el área de la Salud dentro de las instituciones antes mencionadas.

CUADRO 2 [8]

RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD. REPUBLICA MEXICANA.

CATEGORIAS	S.S.A	%	IMSS.	%	ISSSTE.	%	DDF.	%	DIF.	%	TOTAL	%
Médicos	10420	28.6	19177	52.6	5192	14.3	1245	3.4	395	1.1	36429	13.8
Residentes	2455	24.4	5231	52.0	1801	18.0	328	3.3	241	2.3	10056	3.8
Pasantes	6640	58.0	4110	35.9	441	3.9	215	1.9	35	.3	11441	4.3
Internos	3108	34.9	4129	46.4	1363	15.3	266	2.9	40	.5	8906	3.3
Odontólogos	1086	46.5	989	42.4	91	3.9	84	3.6	83	3.6	2333	0.8
Enfermeras	3821	13.0	19919	68.0	4172	14.2	545	1.9	836	2.9	29293	11.0
Aux. Enfermería	22141	41.2	23945	44.5	5297	9.8	1873	3.5	535	1.0	53791	20.2
Paramédicos	9884	33.5	16209	54.8	2094	7.1	711	2.4	635	2.2	29533	11.1
Administrativos	8184	23.3	16249	46.2	9217	26.2	1077	3.1	409	1.2	35136	13.2
Apoyo	10434	21.3	28106	57.4	7028	14.4	2245	4.6	1153	2.3	48936	18.5
T O T A L	78143	29.4	138064	52.0	36696	13.8	8589	3.2	4362	1.6	265854	100%

FUENTE: S.S.A. Dirección general de Educación Médica y Dirección General de Recursos Humanos.
 IMSS. Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación. Sub-dirección General Médica.
 ISSSTE. Departamento de Estadística y Actuaría, Contraloría General. Oficina de Enseñanza de la Sub-dirección Médica.
 DDF. Jefatura de Información y Análisis Estadísticos. Dirección General de Servicios Médicos.
 DIF. Dirección de Servicios Médicos en el D. F., incluye personal del D.F. y 50 residentes en Hermosillo, Sonora.

Los médicos, en un total de 66,832, representan el 25.2% del personal total de Salud; de ellos, un tercio es de inter-nos de pre-grado, pasante de medicina y residentes, y el resto 55%, son médicos de base.

No se conoce con precisión el número de médicos que existen y que ejercen en el país. Son más de 60,000 los que laboran en el Sector Público; pero en total, de acuerdo con datos de la industria químico farmacéutica y del registro de profesiones de la Secretaría de Educación Pública, apunta a cifras cercanas a 90,000 médicos, lo que representaría un médico por cada 800 habitantes.

El personal de enfermería, incluyendo los auxiliares, es el más numeroso en las instituciones de Salud. Representa el 31.2% del total del personal de Salud. Existe un número escaso de licenciadas en enfermería y de enfermeras tituladas; la gran mayoría son auxiliares de enfermería.

La distribución de las enfermeras muestra la misma tendencia que en el caso de los médicos. Más de la tercera parte del total de ellas está en el Distrito Federal.

El 64% de las enfermeras trabaja en las instituciones de Seguridad Social y de éste total el 53% lo hace en IMSS.

El personal de Odontología es el menos numeroso. Existen solo 2333 odontólogos en las instituciones aplicativas, -- equivalente al 0.8% del personal de Salud. La mayoría de los

odontólogos ejercen en la medicina privada.

En el caso del personal paramédico, existe un problema de base por la falta de uniformidad en el criterio institucional para clasificarlo.

En ocasiones se comprende a personal profesional con --- postgrado; en otras, a auxiliares o técnicos con escolaridad de primaria. Se trata, por lo tanto, de una clasificación por criterios administrativos y no funcionales. Este personal paramédico representa el 11% del total del personal de Salud en el país.

En cuanto al personal administrativo y de apoyo, representan el 13 y 11 18.5% respectivamente, del total nacional -- del personal de Salud, con predominio relativo en las entida-- des de mayor desarrollo. En este caso la designación de "admi-- nistrativos" suele prestarse a confusiones por la dualidad mé-- dica y administrativa que tienen numerosos empleados de las -- instituciones.

El registro de una gran parte del personal de Salud puede no ser exacto, ya que se sabe que en muchos casos el personal trabaja en dos instituciones diferentes; esto es especialmente cierto para los médicos y las enfermeras.

El sector privado de los Servicios de Salud, por ser importante, es por su propia naturaleza difícil de cuantificar y analizar. De acuerdo a diferentes estudios, ese sector cuenta

con alrededor del 20% del total de los recursos humanos del país. En algunos trabajos se señala que existen 40,000 médicos que ejercen la medicina privada, en forma parcial o total. Las industrias y servicios privados relacionados con la atención médica, cuentan con un considerable número de recursos humanos.

Los recursos humanos de la medicina tradicional son aún más difíciles de cuantificar, pero se sabe que a pesar de los avances de la medicina científica, la medicina tradicional es un recurso habitualmente utilizado para resolver problemas de salud de nuestra colectividad. [8]

En el proceso de formación de recursos humanos para la salud, intervienen elementos tales como la matrícula y el egreso; la capacidad y la ubicación de las instituciones formadoras, la variedad de las carreras ofrecidas y su distribución geográfica.

2.- RECURSOS FISICOS.

Los recursos físicos del Sector Público destinados a la prestación de los Servicios de Salud están constituidos por los bienes muebles e inmuebles que integran el patrimonio de las diversas entidades prestadoras de esos servicios.

Salvo en los casos de los servicios llamados subrogados, que son los contratados o concesionados a particulares, la ma-

por parte de los servicios oficiales se imparten en edificios y con equipos propios.

De acuerdo con el documento denominado "Marco Sectorial - de Salud, Asistencia y Seguridad Social 83-85", elaborado por - las principales instituciones que otorgan Servicios de Salud, - (IMSS, ISSSTE, SS. DIF.) la capacidad instalada disponible en - 1981 fué de 7372 unidades de consulta externa. En el segundo - nivel de atención, las unidades de consulta externa y hospitali - zación eran 314 y se contaba con 72 unidades de hospitalización especializada.

Los criterios de clasificación de las unidades de atención a la salud son de carácter programático y, en la práctica, las nomenclaturas y servicios no son uniformes. Así, mientras el - ISSSTE utiliza las nomenclaturas y clasificaciones de Puestos - Periféricos, Clínicas y Hospitales, el IMSS las denomina Unidad Auxiliar de Medicina Familiar, Unidad Médica Rural, Unidad de - Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar con Hospitaliza - ción, Hospital General de Zona, Hospital de Especialidades y -- Hospital de Especialidad. A su vez la Secretaría de Salud las llama Centros de Salud "A", "B", Centro "B" con hospital, Cen - tro "C" y Centros de Salud Comunitarios tipo I, II, III, y hos - pitales Generales "A", "B", "C" y "D", según su número de camas. Las unidades de atención primaria de la salud, por otro lado, - no tienen las mismas funciones en cada institución, ya que en - las de Seguridad Social se destinan actividades de atención mé - dica, mientras que en las de la Secretaría de Salud y del DIF -

realizan, además, acciones de promoción y educación.

La planeación para la localización y distribución de los establecimientos en el ámbito territorial, es independiente para cada una de las entidades prestadoras del servicio, de la misma manera que el diseño y la edificación de los inmuebles y establecimientos se encuentran regidos por normas propias de cada institución, por lo que, en general, no hay coincidencia entre ellas y menos relación de una sobre otras.

La mayor parte de unidades de atención primaria, incluyendo las del Programa IMSS-COPLAMAR, corresponde a las de población abierta. En 1979 de 4174 unidades de este tipo en todo el sector, 1746 se dedicaban a la población derechohabiente y 2428 a la población abierta. En 1981, el número de unidades fué de 7372 con un total de 14528 consultorios. El crecimiento del número de unidades de atención primaria corresponde fundamentalmente a dos programas básicos de extensión de cobertura: El programa IMSS-COPLAMAR y el programa de Marginados Urbanos de la SS.

En lo que se refiere al segundo nivel de atención, la mayor parte de las camas pertenecen a la Seguridad Social. Por ejemplo, en 1979 el IMSS y el ISSSTE comunicaron 31392 camas censables, mientras que la SS, el DIF y el DDF reportaron 27573. Sin embargo la SS incluyó entre esas camas las de los Centros de Salud "C" y "B" que no son realmente censables. La depuración de estas cifras arroja un total de 17385 camas, in-

cluendo las de los Institutos Descentralizados. En 1981 el --
IMSS y el ISSSTE informaron tener 33542 camas.

En cuanto a la distribución por entidades federativas en lo que se refiere a camas censables, la disponibilidad mayor --
corresponde a las entidades con una cifra de densidad demográfica más alta y con mayor grado de desarrollo económico. Del total de camas de segundo nivel, o sea 48388 corresponden al --
Distrito Federal 12636; le siguen Jalisco con 3835; Veracruz --
con 4418; el Estado de México con 2568 y Nuevo León con 2344 --
lo que significa que estas tres entidades concentran el 53.3%.

La distribución institucional por entidades federativas de camas censables de segundo y tercer niveles está acorde con el comportamiento sectorial. Por ejemplo, el ISSSTE reportó --
5739 camas censables, de las cuales 2206 se encuentran en el --
área metropolitana de la ciudad de México; le siguen Tamauli--
pas con 327, Puebla con 264, Jalisco con 252, Guerrero con 215
y Quintana Roo, Zacatecas, Colima y Campeche con 26, 59, 35 y
27 respectivamente.

De acuerdo con los datos del marco sectorial, del total de 9836 camas consideradas como de tercer nivel, 3553 se en---
cuentran ubicadas en el Distrito Federal; 1707 en el Edo. de --
México y 1252 en Jalisco. Cabe señalar que en Nuevo León, so--
lo se reportan 86 camas de este nivel, y en Tamaulipas de in---
forma de 48. Sin embargo, estados como Chihuahua, Veracruz, --
Oaxaca, Yucatán e Hidalgo señalan elevadas cifras de camas de

tercer nivel, desde 239 en Chihuahua hasta 600 en Hidalgo, lo que evidencia la falta de acuerdo sobre características que deben reunir las unidades para ser calificadas como de tercer nivel y sobre su distribución geográfica, cada vez que varias de ellas, aunque consideradas de tercer nivel por tener especialidades, operan en la mayor parte de sus servicios como de segundo nivel. La parte nroste del país carece de la infraestructura necesaria para proporcionar servicios regionalizados en el tercer nivel. El marco sectorial informa que en Tamaulipas hay un hospital de tercer nivel que cuenta con un total de 48 camas, - el cual difícilmente llenaría los requisitos de alta especialidad. También es extraña la desproporción de los recursos con niveles de atención dedicados a la población no asegurada. En efecto, aunque la mayor parte de unidades de atención primaria se dirigen a dicha población, el número de camas disponibles para ella es menor que para los derechohabientes.

En el desarrollo de la infraestructura sectorial han tenido prioridad las unidades de atención primaria que entre 1977 y la actualidad, tuvieron un incremento de 112.8%, mientras que - en el mismo lapso el aumento de unidades hospitalarias de segundo nivel fué de sólo 12.5% pasando de 279 a 314.

En 1979 las instalaciones de apoyo a la función médica en el IMSS y el ISSSTE estaban constituidas por 393 laboratorios - que se elevaron a 434 en 1982. La Secretaría de Salubridad y - Asistencia informó tener 585, pero muchos de ellos se dedican - sólo a la detección de la tuberculosis y del cáncer cervico uterino.

rino.

En el mismo año, las instituciones de Seguridad Social -- contaban con 652 gabinetes de radiología y la Secretaría de Salud con 277, de los cuales un número importante se encuentra en Centros de Salud "A" sin hospital y, por lo tanto, se usan sólo para algunos problemas pulmonares o traumatológicos. La Seguridad Social incrementó a 864 los gabinetes en 1982, es decir un 13.8%, parecido al aumento de unidades hospitalarias que fué de 12.5%.

En lo que se refiere a quirófanos, la Seguridad Social disponía en 1979 de 711, en tanto que la Secretaría de Salud sólo -- contaba con 388. Para 1981, la Seguridad Social incrementó su -- capacidad a 807 quirófanos.

La Secretaría de Salud, para atender diversas funciones sa nitario-asistenciales, cuenta con 122 Centros "A", que son unida des de tipo urbano, algunos de ellos funcionan como cabeceras ju risdccionales y por lo tanto efectúan labores de gestión admi-- nistrativa.

La SS., así mismo cuenta con 485 Centros de Salud "B" ubi cados en áreas semi urbanas, algunos con hospitalización, cuya disponibilidad de camas va de ocho a treinta.

La capacidad física instalada para la atención médica por entidad federativa y niveles de atención se distribuye de la ma nera expresada en el cuadro tres.

Las distintas instituciones de salud han realizado tareas adecuadas de planeación y diseño de sus programas de concentración o remodelación, aunque presentan como es natural, características distintas en su estructura y función por los diversos programas institucionales. Los mayores problemas son los relativos a la conservación de los edificios y del equipo, más que por carencia de recursos financieros, por la falta de normas y programas de mantenimiento.

Una consecuencia de la fragmentación, dispersión o multiplicidad de las entidades prestadoras de los Servicios de Salud, es la subutilización de los recursos disponibles, circuntancia que contrasta con la falta de acceso a los servicios de grandes grupos de población.

La subutilización se manifiesta por una baja ocupación - que refleja, en cierto modo, factores como eficiencia operativa, número de camas y tipo de demanda. Los bajos índices de ocupación se presentan en hospitales pequeños, observándose que aumentan conforme el número de camas es mayor. Esto significa - que hay cierta relación entre la capacidad y el porcentaje de ocupación.

Cuando concurren diversas instituciones en determinada - localidad, coinciden varios hospitales de poca capacidad que - por ende generan un porcentaje de utilización relativamente baja.

Esto se debe en gran parte a la falta de sectorización -

que permita la planeación integral para la localización de las unidades de servicio, de modo que hay estados o municipios que cuentan con una cama por cada 750 habitantes o menos, en contraste con otros que solo tienen una cama para 2000 o más habitantes, lo mismo ocurre con respecto a los consultorio. [8]

CAPACIDAD FISICA INSTALADA PARA LA ATENCION MEDICA POR ENTIDAD
FEDERATIVA Y NIVELES DE ATENCION. [8]

ENTIDAD FEDERATIVA	1o. NIVEL		2o. NIVEL		3o. NIVEL	
	NO. UNIDADES	NO. CONSULTORIOS	NO. UNIDADES	CAMAS CENSABLES	NO. UNIDADES	CAMAS CENSABLES
Aguascalientes	80	125	3	299	0	---
B. California N.	51	205	9	1142	1	20
B. California S.	43	69	5	205	0	---
Campeche	69	109	4	171	0	---
Coahuila	156	432	19	1782	0	---
Colima	54	100	6	323	0	---
Chiapas	505	565	12	668	0	---
Chihuahua	216	390	13	1284	3	239
Distrito Federal	423	2492	31	12636	38	3553
Durango	203	322	10	715	0	---
Guanajuato	264	510	13	1195	0	---
Guerrero	316	539	9	668	0	---
Hidalgo	277	516	11	1298	1	620
Jalisco	424	837	12	3833	4	1252
Edo. de Mexico	364	911	8	2568	4	1707
Michoacán	320	417	22	1372	4	179
Morelos	95	190	5	517	0	---
Nayarit	140	210	7	435	0	---
Nuevo León	231	567	10	2344	3	86
Oaxaca	486	548	9	1029	3	252
Puebla	354	474	9	1691	2	373
Querétaro	129	277	5	706	0	---
Quintana Roo	55	66	3	153	0	---
San Luis Potosí	254	473	6	1044	1	256
Sinaloa	240	388	10	1467	0	---
Sonora	193	388	11	1516	3	337
Tabasco	180	272	3	388	2	128
Tamaulipas	178	343	12	1334	1	48
Tlaxcala	98	129	3	162	0	---
Veracruz	630	1215	13	3418	3	718
Yucatán	126	271	15	1520	2	313
Zacatecas	218	218	6	503	0	---
T O T A L	7372	14528	314	48388	72	9838

3.- RECURSOS FINANCIEROS.

El monto del Presupuesto Nacional es el resultado - de la integración programática sectorial que permite avanzar - en logro de las prioridades nacionales de alimentación, salud, educación y vivienda, sectores definidos como de atención espe- cial.

Dentro de estos sectores se incluyen los siguientes, mis- mos que representan el 40.65% del gasto programa para 1982:

SECTORES	MILES DE MILLONES DE PESOS	PORCENTAJE
Agropecuario y Pesca	303.8	23%
Comunicaciones y Transportes	193.8	15%
Comercio	147.9	11%
Bienestar Social	606.9	45%
Promoción Regional	1335.7	100%

El Sector de Bienestar Social, que representa el 18.47% del presupuesto nacional, se distribuye como sigue:

SECTOR BIENESTAR SOCIAL	MILES DE MILLONES DE PESOS	PORCENTAJE
Subsector Educación	313.4	51.6%
Subsector Salud, Asistencia y Seguridad Social	285.0	47.0%
Subsector Laboral	8.5	1.4%
T O T A L	606.9	100.0%

Los presupuestos institucionales destinados en 1982 para el Subsector Salud, Asistencia y Seguridad Social son:

SUBSECTOR SALUD, ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL.	MILES DE MILLONES DE PESOS	PORCENTAJE
Secretaría de Salubridad y Asistencia.	43.4	15.3%
Instituto Mexicano del Seguro Social.	173.1	60.7%
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.	60.7	21.3%
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.	6.0	2.1%
Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas.	1.8	0.6%
T O T A L	285.0	100.0%

México es uno de los países latinoamericanos que se encuentra entre los que destinan menos porcentaje del producto interno bruto a Servicios de Salud; así, el promedio entre ellos es el de 5% del producto interno bruto. En 1981, del presupuesto federal de 2 billones 332, 724 millones de pesos, se destinaron 217 mil millones a las instituciones de salud, que representó el 3.7% del producto interno bruto. De esta cifra el 55.4% correspondió a Servicios de Atención Médica, Salubridad y Asistencia Social. En 1982 a esas tres funciones se le asignaron 175.5 millones de pesos de un total de 285 mil millones otorgados a las instituciones de Salud.

En términos absolutos, el gasto en salud ha experimentado un incremento importante ya que de 12 mil millones de pesos en 1969, aumentó a 124 mil millones diez años después y en --- 1982 se aprobaron 285 mil millones. En los últimos tres años la Secretaría de Salud ha recibido incrementos que representan un 31.2%, el IMSS 35.8%, el ISSSTE 40.8% y el DIF 28%. Sin embargo, este crecimiento corresponde más a procesos inflacionarios que a un incremento real. Por ejemplo, si bien el IMSS - aumentó su gasto de 500 a 1800 pesos por derechohabiente entre 1969 y 1979, a precios constantes el gasto representó sólo 509 pesos por derechohabiente, o sea se mantuvo el mismo nivel.

La participación de los gobiernos de los estados en el - financiamiento de los Servicios Coordinados ha sido de poco -- monto proporcional y, en el período 1977-1982, ha venido disminuyendo gradualmente por año del 18.1% en 1977 al 9.3% en 1982.

PRESUPUESTO POR FUNCION 1982 (MILLONES DE PESOS) [19]

INSTITUCION	ATENCION MEDICA	SALUBRI- DAD.	ASISTENCIA SOCIAL	INVESTI- GACION.	SEGURIDAD SOCIAL.	APOYO	NO ASIGNA BLE (1)	T O T A L	
								IMPORTE	PORCENTAJE
IMSS.	76,763.6	88.2		402.4	33,899.5	48,500.0	8,048.5	167,702.2	58.8%
IMSS-COPLAMAR	4,711.2					711.8		5,423.0	1.9%
ISSSTE	16,600.9	64.2		102.0	16,892.3	18,488.0	8,642.7	60,794.6	21.3%
DIF	1,501.9	126.0	2,654.7	123.6		1,623.3		6,029.5	2.1%
SS	26,670.7	4,503.7	934.7	1,000.6		10,268.3		43,378.0	15.2%
DDF	2,091.9							2,091.9	0.7%
TOTALES	128,340.2	4,782.1	3,589.4	1,628.6	50,791.8	79,591.4	16,695.7	285,419.2	100.0%
PORCENTAJES	45.0%	1.7%	1.2%	0.6%	17.8%	27.9%	5.8%	100.0%	

El estudio de la tabla mencionada permite observar que - el 45% de los recursos se destina a atención médica, el 18% a la seguridad social y que, entre el IMSS y el ISSSTE manejan el 80% del total destinado a 6 instituciones. En el análisis de gastos por ejercicio de los programas habituales, se encuentra que los programas de atención preventiva absorben el 4.6% del total, los de atención curativa el 36.4%, los de administración de la salud y administración central cerca de 20% y -- los de formación y desarrollo de recursos humanos el 3%.

El gobierno federal ha procurado incrementar los recur-- sos al sistema de población abierta, a través de apoyos de la beneficencia pública (Lotería Nacional y Pronósticos Deportivos). También la población realiza esfuerzos directos: la SS recibió cuotas de recuperación de los usuarios por 1,300 millones de pesos, equivalentes al 4.71% de su presupuesto en 1981.

A pesar de esto, la orientación de los recursos financie-- ros se ha dirigido a la creación y operación de los servicios de atención médica tanto en los sistemas para población abierta como para derechohabientes; esto a determinado una disminución en los servicios de salud pública dirigidos a proteger a la población de los factores epidémicos globales y de los riesgos del medio ambiente.

Un ejemplo de esta limitación se ofrece en la SS, que -- programó para el período 80-82 la construcción de 11 laboratorios de salud pública y monitoreo ambiental, pero que sólo pu-

do construir dos, a pesar de que su costo unitario no es excesivo. [8]

Después de haber mostrado brevemente el panorama en el cual se encuentran el conjunto de recursos con que cuenta el Sector Salud en nuestro país, y tras haber identificado algunas de las necesidades y prioridades detectadas en nuestro diagnóstico comenzaremos a describir el llamado PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988 [25]. Este programa es la respuesta estratégica que relaciona tanto al diagnóstico como a nuestros recursos, en la medida en que en base al planteamiento de necesidades concretas en materia de salud, se buscará a través de dicho programa la mejor coordinación y aprovechamiento de nuestros escasos recursos, tratando de lograr la máxima eficiencia y eficacia en salud.

Una de las acciones fundamentales de la actual administración, orientada al impulso de una sociedad igualitaria, ha consistido en la elevación del "derecho a la protección de la Salud" a rango constitucional, para dar base a un sólido Sistema Nacional de Salud que coadyuve a que el individuo y la comunidad accedan a una vida plena.

Podemos mencionar como algunas de las principales finalidades del derecho a la protección de la salud son las siguientes:

- 1.- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

2.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.

3.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.

4.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.

5.- El disfrute de Servicios de Salud y de Asistencia Social que satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

6.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

7.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. [25]

La Ley General de Salud responde a las funciones y fines que los nuevos artículos de contenido económico de la Constitución confían al estado, la responsabilidad de que el Derecho a la Protección de la Salud se disfrute progresivamente por todos los mexicanos.

La nueva legislación en materia de salud, así como los nuevos instrumentos administrativos y técnicos, deberán permitir que nuestro país haga frente al compromiso contraído con la Organización Mundial de la Salud, de: "Salud para todos en el año 2000".

En congruencia con las finalidades del derecho a la Protección de la Salud mencionadas, el propósito básico del Programa Nacional de Salud es congruente con el propósito fundamental del Plan Nacional de Desarrollo, de coadyuvar al logro de los objetivos nacionales. En este sentido, la consolidación del Sistema Nacional de Salud, con el apoyo y participación de los diversos niveles de gobierno y grupos sociales y mediante la planeación democrática, se inscribirá en el Esfuerzo Nacional de Democratización Integral de la Vida Nacional y de la Renovación Moral; promoverá la utilización racional de los recursos dando énfasis a la atención equilibrada de las diversas regiones del país, apoyados en una clara política de descentralización, y se inscribirá en una concepción integral del desarrollo que propicie condiciones sociales que permitan introducir cambios estructurales con plena conciencia de la realidad nacional y disposición para el cambio.

La consecución de este propósito se sustentará en la consolidación y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, estructurando en tres niveles de atención y regionalizado a partir de las características propias de cada zona del país. En el que participan todas las instituciones vinculadas al Sector Salud, sin menoscabo de su personalidad jurídica y patrimonio propio. Así mismo, los gobiernos estatales y autoridades municipales tienen una participación primordial en la configuración de los Sistemas Estatales de Salud, en los que, al igual que en el Sistema Nacional, sumarán esfuerzos los sectores social y --

privado.

El sistema enfatizará el fortalecimiento de la atención primaria, como fórmula para proveer a toda la población de ser vicios básicos de salud individual y comunitaria, otorgando -- prioridad a la realización de acciones preventivas, educativas y asistenciales así como de promoción y fomento al autocuidado de la salud, la preservación y la conservación de condiciones sanitarias y ambientales adecuadas.

La ampliación de la cobertura a nivel sectorial e institu cional se sustentará en el desarrollo de la infraestructura y - sobre todo, en el mayor aprovechamiento de los recursos disponi bles, lo que además coadyuvará a elevar la calidad en la presta ción de los servicios.

El Sistema Nacional de Salud enfatizará también el neces rio equilibrio al que debe sujetarse el crecimiento de cada nivel de atención, así como la implantación de mecanismos de coor dinación intersectorial tendientes a vigorizar las acciones de Salud. Debe destacarse que el sistema tendrá como sustento una activa participación de la comunidad.

El estado general de salud en el país no solo es resultado de las acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias, sino - que también influye de manera determinante la presencia de factores relacionados con los niveles generales de bienestar econó mico y social del país. La existencia de grupos sociales que - no tienen acceso a servicios de salud generalmente coincide con

el desempleo o subempleo, alimentación insuficiente, vivienda no higiénica e insalubridad general, lo que en conjunto repercute negativamente en la calidad de la vida.

ESTRATEGIA GENERAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD.

La estrategia general se orienta a dar respuesta a la problemática señalada en el diagnóstico general; su contenido está enfocado en dos sentidos: el primero de ellos corresponde a la manera en que se tratará de solucionar y reducir los riesgos y daños a la salud de la población, determinando los principales puntos de atención; mientras que el segundo se relaciona con el uso y modernización de la infraestructura para proporcionarlos servicios que promoverán y protegerán la salud y que permitirán paralelamente, incrementar la cobertura con una calidad básica homogénea.

Ello permitirá, en el mediano plazo, dar cumplimiento al propósito básico del sector así como a sus objetivos generales y específicos.

Para elevar el nivel de salud de la población, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los Servicios de Atención Médica, las acciones se encaminarán a:

1.- Establecer un modelo de servicios escalonado y regionalizado, que permita atender eficientemente los problemas de salud.

2.- Prevenir riesgos y daños a la mujer durante el emba

razo, parto y puerperio, así como propiciar un desarrollo sano de la niñez.

3.- Coadyuvar al desarrollo individual atendiendo los -
desequilibrios físicos y emocionales.

4.- Formular y aplicar sectorialmente normas técnicas -
para la prevención y detección de los factores adversos a la -
salud, así como para el tratamiento y rehabilitación de los --
usuarios de los Servicios de Salud.

5.- Racionalizar el uso de la capacidad instalada para
propiciar un mejor aprovechamiento de la infraestructura secto
rial y la construcción de nuevas unidades en los lugares donde
se carezca de ellas y en respuesta a las demandas de la pobla
ción.

6.- Fortalecer la integración programática y funcional
de los servicios que prestan las entidades del sector y la des
centralización y desconcentración de los mismos, así como la -
coordinación intersectorial y la participación de la comunidad
en el autocuidado de la salud.

7.- Establecer criterios y normas para la construcción,
equipamiento y operación de las unidades médicas. [25]

Para promover, proteger, fomentar y reestablecer la salud
de la comunidad, las acciones se dirigen a:

1.- Disminuir y contrarrestar las incidencias de las en
fermedades transmisibles, no transmisibles y accidentes, básica
mente a través del impulso a las acciones preventivas.

2.- Coadyuvar a mejorar las condiciones nutricionales de

la población, reorientando los hábitos de alimentación hacia patrones de mayor contenido nutricional.

3.- Disminuir los accidentes y enfermedades del trabajo a través de la implantación de medidas de prevención y mejoramiento de las condiciones del medio ambiente laboral.

4.- Fortalecer las medidas que tiendan a evitar las ---adicciones, particularmente entre la población joven.

5.- Disminuir y evitar riesgos y daños a la salud de la población causados por el deterioro del medio ambiente, así como por la deficiencia e insuficiencia de los servicios de saneamiento básicos.

6.- Contribuir a disminuir el crecimiento demográfico - respetando la voluntad de las parejas y de acuerdo a las condiciones socioeconómicas del país, particularmente en las zonas urbanas marginadas y en las rurales.

7.- Ampliar y modernizar la infraestructura para el control y vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental, así como para la distribución de biológicos y de los insumos requeridos para el control de la natalidad.

8.- Actualizar los ordenamientos en materia de control y vigilancia sanitaria y salud ocupacional.

9.- Fortalecer e incrementar la investigación y desarrollo tecnológico para los fines de la salud pública. [25]

Para mejorar y ampliar la asistencia social, las acciones estarán orientadas a:

1.- Establecer nuevas modalidades de atención al menor,

que permitirán mejorar sus niveles nutricionales y propiciar un mejor uso del tiempo libre para evitar conductas antisociales.

2.- Promover el bienestar social de los ancianos, principalmente de los desamparados y de escasos recursos, incrementando cualitativa y cuantitativamente los servicios asistenciales, así como concientizando a la población acerca de la potencialidad de las personas en edad avanzada.

3.- Incorporar a los minusválidos e indigentes a la vida productiva, a través de la ejecución de programas de rehabilitación e integración especial y del establecimiento de bolsas de trabajo.

4.- Apoyar a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, particularmente las de escasos recursos, mediante el desarrollo de programas asistenciales y de orientación nutricional.

5.- Promover el desarrollo integral de la familia y el fortalecimiento de su economía mediante programas productivos, reorientación de los patrones de conducta e incremento de las actividades sociales y culturales.

6.- Proporcionar asesoría jurídica a los niños y ancianos desamparados así como a las mujeres abandonadas en periodo de gestación.

7.- Ampliar y modernizar la disponibilidad de la infraestructura para la asistencia social, como casas cuna, hogar, albergues, centros de asistencia, de rehabilitación y educación especial entre otros.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

Los objetivos generales del Sector Salud completan los propósitos señalados para el Sector en el Plan Nacional de Desarrollo y agrupan por campos las materias de salubridad general contenidas en la Ley General de Salud.

De atención médica:

1.- Proporcionar Servicios Médicos a la población con especial énfasis en el Primer Nivel de Atención y mejorar y homogeneizar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas prioritarios y a los factores que causan y condicionan los daños a la salud.

2.- Abatir la incidencia de las enfermedades transmisibles y limitar las no transmisibles, así como los accidentes.

De salud pública:

1.- Promover la salud de la población disminuyendo la incidencia de los factores que la ponen en peligro y fomentando el autocuidado de la salud, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados y con especial preocupación por los grupos más vulnerables.

2.- Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de las parejas, a fin de colaborar en lo social y en lo familiar a un mayor equilibrio entre el desarrollo socioeconómico y el crecimiento demográfico, coadyuvando al mejoramiento de las condiciones de salud de la población materna e infantil.

De asistencia social:

1.- Contribuir al bienestar social de la población al proporcionar asistencia social principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados, minusválidos, madres gestantes de escasos recursos, así como a indigenistas, a fin de propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social, y de apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad, fomentando la educación para la integración social.

METAS DEL PROGRAMA.

Algunas de las metas más importantes que enmarca el Programa Nacional de Salud están dirigidas a combatir los principales problemas de salud en nuestro país, los cuales han sido detectados en el diagnóstico. Dichas metas son:

MORTALIDAD:

1.- Reducir la tasa de mortalidad general de 5.9 defunciones por mil habitantes en 1981 a menos de 5.7 para 1988.

2.- Disminuir la tasa de mortalidad infantil de 35.7 defunciones por mil nacidos en 1981 a un nivel inferior a 30 para 1988.

3.- Disminuir la tasa de mortalidad materna de 0.9 fallecimientos por mil nacidos vivos a 0.5 en 1988.

ESPERANZA DE VIDA:

1.- Elevar el índice de esperanza de vida de 64 años en 1978 a 67 en 1988.

PLANIFICACION FAMILIAR:

1.- Contar en 1988 con 7.6 millones de usuarias activas con métodos anticonceptivos modernos y 600 mil con métodos traditionales. Las entidades públicas del sector atenderán a 4.4 millones de usuarias activas con métodos modernos.

2.- Reducir la tasa global de fecundidad de 4 hijos promedio por mujer en edad fértil (1980) a 3 para 1988.

MORBILIDAD:

1.- Disminuir las tasas de morbilidad por 100 mil habitantes en el periodo 1984-1988; por poliomielitis de 0.25 a -- 0.10; por sarampión de 7.61 a 5.11; por tosferina de 1.7 a --- 1.23; por tétanos de 0.46 a 0.32 y por tuberculosis de 8.38 a 7.20.

2.- Reducir la prevalencia por lepra de tal manera que su incidencia anual no sobre pase 0.6 por 100 mil habitantes.

3.- Reducir la morbilidad por sífilis de 16.27 en 1984, a 15 por 100 mil habitantes para 1988 y por gonorrea a menos de 34 por 100 mil habitantes.

4.- Lograr que la tasa de morbilidad por paludismo sea - al final de sexenio inferior a 100 por 100 mil habitantes; mantener por abajo de 32.2 por 100 mil habitantes la incidencia -- del dengue y reducir el índice larbario de *A. aegypti* a menos - del 5%, a fin de interrumpir la cadena de transmisión y lograr disminuir la incidencia de la fiebre amarilla.

5.- Evitar la aparición de ceguera por oncocercosis y reducir la infestación del piojo en localidades con altos indices de parasitación, para evitar los brotes de tipo epidémico.

6.- Disminuir la tasa de mortalidad por diarreas de --- 47.4 en 1984 a 38 por 100 mil habitantes para 1988.

7.- Reducir la tasa de mortalidad por fiebre tifoidea - de 1.25 en 1984 a 0.98 por 100 mil habitantes para 1988 y evitar que la incidencia de brucelosis sobre pase la tasa de 3.4 por 100 mil habitantes.

8.- Reducir la tasa de mortalidad por rabia humana de - 0.065 en 1984 a 0.050 por 100 mil habitantes para 1988.

9.- Disminuir la incidencia de caries dental en un 40% para 1988 en el grupo de edad de 5 a 14 años, a los cuales se les aplica el Fluor.

10.- Reducir la tasa de mortalidad por fiebre reumática de 0.093 en 1984 a 0.070 por 100 mil habitantes para 1988.

MINIMOS DE SALUD:

1.- Instrumentar un Programa de Educación para Salud - para el 80% de la población mayor de 5 años, por los Sistemas de Educación Formal y utilización de medios masivos de comunicación.

2.- Establecer un esquema completo de inmunización básica al 80% de los niños menores de un año.

3.- Manuejo inicial por distribución anual de 12 millones de sobres para rehidratación oral a menores de 5 años con diarrea.

4.- Desarrollar acciones de detección oportuna de enfermedades (diabetes, hipertensión, cáncer y otras), al 70% de la población mayor de 15 años.

5.- Desarrollar un Programa de Atención Médica que considere dos consultas promedio anual al 80% de la población.

6.- Atender al 50% de las embarazadas.

7.- Consolidar el Programa de Planificación Familiar -- buscando que cubra el 36% de las mujeres en edad fértil.

ASISTENCIA SOCIAL:

1.- Para 1988 las acciones estarán dirigidas a 14.8 millones de habitantes, de los cuales 4 millones recibirán protección física y mental y 10.8 millones se beneficiarán con -- programas dirigidos a la comunidad y a la familia.

2.- El DIF atenderá en forma directa a 2.8 millones a -- través de la protección física a desamparados en casas cuna, -- casas hogar, hogares sustitutos y albergues para ancianos; la atención a minusválidos en Centros de Rehabilitación y Educa-- ción Especial, la dotación de raciones alimenticias a escola-- res, familias y madres gestantes sin recursos. En atención de la comunidad y la familia, se espera beneficiar a 5 millones -- de personas.

3.- El IMSS atenderá en forma directa a 97 mil personas a través de capacitación técnica y otorgamiento de Servicios -- Funerarios a población abierta. Para la atención comunitaria llevará a cabo acciones de educación para la salud, activida-- des artísticas y deportivas y servicios de apoyo a la comuni-- dad, con lo que se beneficiará a 5.7 millones de habitantes.

4.- El Instituto Nacional de la Senectud orientará sus acciones a proteger física y socialmente a 300 mil ancianos.

5.- Los Centros de Integración Juvenil beneficiarán a 828 mil personas a través de consultas de salud mental y externa especializada, así como educación y orientación sobre los daños y riesgos de la farmacodependencia.

ESTRATEGIAS INSTRUMENTALES DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD.

Para llevar a cabo las estrategias instrumentales se formularon y se pusieron en marcha básicamente los siguientes programas: Plena Cobertura; Nacional de Atención a Población -- Abierta; Descentralización de los Servicios de Salud y para Población Abierta; Sectorización; Modernización Administrativa; Racionalización de la Regulación y Participación de la Comunidad.

DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Transferencia gradual de los Servicios de Atención a Población Abierta a las Entidades Federativas y Desconcentración de los Sistemas Federales de Seguridad Social, integrándose a Sistemas Estatales de Salud.

SECTORIZACION.

Establecer la Coordinación Programática y la complementación de acciones entre las dependencias y entidades que prestan servicios de salud en torno a los Programas Sectoriales de corto y mediano plazo y en base a políticas, sistemas y criterios

homogéneos, respetando la estructura jurídico-administrativa - de las entidades paraestatales involucradas.

MODERNIZACION ADMINISTRATIVA.

La articulación del Sistema Nacional de Salud y el hacer mas racionales la estructura y funcionamiento de las dependencias y entidades, a fin de que cumplan mejor sus cometidos; para lo cual se han identificado las siguientes áreas de atención prioritarias: Programación y Presupuestación; Estructuración - Institucional y Sectorial; Adecuación del Marco Jurídico; Mejoramiento y Racionalización de los Servicios al Público; Estadística e Informática; Productividad y Racionalización de los Recursos Humanos y un mejor aprovechamiento de los recursos materiales; adecuación y vinculación de los Sistemas de Ejercicio - Presupuestal y Contabilidad y Fortalecimiento de los Sistemas y Mecanismos de Control y Evaluación.

COORDINACION INTERSECTORIAL.

Vinculación de las acciones del Sector Salud con las que llevan a cabo otros sectores cuando incidan estas últimas en -- los niveles de salud, preferentemente las relacionadas con ambiente, nutrición, formación de recursos humanos, investigación, asistencia social, control sanitario y producción, distribución y comercialización de los insumos esenciales para la salud.

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.

Participación de la comunidad en la Programación Sectorial y en el autocuidado de la salud, asegurándose así la utilización adecuada de los servicios; para lo cual se han determinado tres áreas prioritarias de acción; organización de la comunidad, capacitación de la población e información a la población.

A lo largo de este capítulo hemos podido detectar algunas de las principales enfermedades y daños que atentan contra la salud de todos los mexicanos. También contemplamos la situación en la cual se encuentran dentro del Sector Salud el conjunto de recursos humanos, físicos y financieros.

Cabe aclarar el papel destacado que ha tomado el llamado Programa Nacional de Salud 1984-88 ya que constituye la respuesta programática del gobierno federal para poder enfrentar los principales problemas en materia de salud de una manera organizada y coordinada.

Este programa constituye la directriz hacia la cual tenderán los esfuerzos en este ramo, en el capítulo siguiente veremos de donde surge la idea de proponer al Primer Nivel de Atención para la Salud como una de las estrategias básicas de salud para el año 2000 y proporcionaré algunas de las características y definiciones de los tres niveles de atención para la salud en nuestro país.

C A P I T U L O

IV

**DEFINICION DE LOS NIVELES DE ATENCION
PARA LA SALUD.**

C A P I T U L O I V

Una vez elaborado un diagnóstico de la salud en el capítulo anterior, nos hemos podido dar cuenta de algunos de los principales daños a la misma. Es por este motivo que en el presente capítulo, hablaremos de la política mundial de salud: "Salud para todos en el año 2000" así es como definiremos los tres niveles de atención para la salud, resaltando al primer nivel como la estrategia viable para llevar la salud a nivel global en nuestro país y en consecuencia lograr la descentralización eficaz del Sector Salud.

La intensa lucha por salir del subdesarrollo ha provocado un cambio brusco en el desarrollo económico y social del país, alterando por consiguiente el estado de salud del individuo.

Motivo por el cual surge la necesidad de constituir un acuerdo en base a las necesidades reales y reconociendo de antemano que el gobierno tiene la obligación de cuidar la salud de sus pueblos.

Así se lleva a cabo la Asamblea Mundial de la Salud, de la que se establece en su resolución WHA 30.45, como política social de los gobiernos y de la O.M.S. "Alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económica productiva".

Dicha política se cimentó en la declaración de Alma-Ata (1978), en la que se reconoce a la atención primaria como la base para lograr dicha meta, conforme lo requiere el espíritu de justicia social. Además ante el compromiso con los gobiernos de la región, la 82a. Reunión del Comité Ejecutivo de la O.P.S., aprobó un plan de trabajo que articulaba en un solo proceso de evaluación del Plan Decenal de Salud y la formulación de estrategias nacionales y regionales. [35] Sin embargo antes que todo, es imprescindible reconocer que:

CONCEPTO DE ATENCION PRIMARIA.

La atención primaria es el primer punto de contacto con el individuo, la familia y por lo tanto con la comunidad para satisfacer las necesidades básicas incluyendo la salud. Por consiguiente comprende también la Asistencia Sanitaria la que debe tener métodos y técnicas acordes con la realidad.

En Alma-Ata (1978), fué definida la atención primaria como "El medio práctico de poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con plena participación". [35]

Como resultado de investigaciones correspondientes a la salud pública, se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad, prestando los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

La atención primaria comprende las siguientes actividades:

1.- La educación sobre los principales problemas de salud sobre los métodos de prevención de lucha correspondiente a la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición -- apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades y traumatismos comunes; el suministro de medicamentos especiales.

2.- Entraña la participación del Sector Sanitario; de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores exige el esfuerzo coordinado de todos esos sectores.

3.- Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria en salud.

4.- Debe estar asistida por sistema de envío de casos - integrados, funcionales y que se apoyan mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.

5.- Se basa tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesi-

ten con el adiestramiento debido a lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas en la comunidad. [35]

PRINCIPIOS DE LA ATENCION PRIMARIA.

Precisa el contenido de los servicios de salud que se traducen en normas, programas de acción e información.

En los países de la región de las Américas se expresaron en términos de grupos humanos prioritarios, estructura y nivel de salud y perfiles de bienestar.

La meta abarca toda la población con énfasis en los grupos humanos urbanos y rurales postergados, dentro de éstos a las familias en alto riesgo, incluyendo a madres y niños menores de cinco años y a los trabajadores. Algunos países consideran a las personas de edad avanzada, los escolares y adolescentes.

En cuanto a los niveles y estructuras de salud, los países destacan el incremento de la esperanza de vida al nacer como objetivo general. Señalan además la disminución y cambios en la estructura de mortalidad y morbilidad a través del control de la patología básica prevalente, incluyendo el control de la malnutrición y de las enfermedades crónicas y degenerativas.

Expresan la necesidad de mejorar los niveles y perfiles de bienestar, consideran que el Sector Salud contribuye median

te el incremento de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud y la dotación de agua potable y el saneamiento del medio, el mejoramiento de la vivienda y de la alimentación, así como en la organización y participación de la comunidad para el bienestar.

También consideran la satisfacción de las demás necesidades básicas, por ejemplo: educación, ingreso familiar, recreación, producción y consumo, señalan el concepto de necesidades básicas es relativo y varían según el desarrollo nacional, cultural y las aspiraciones de la comunidad. [35]

ACCIONES DE PROGRAMACION LOCAL EN ATENCION DE PRIMER NIVEL.

- 1.- Extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente.
- 2.- Participación y organización de la comunidad.
- 3.- Articulación intersectorial. [35]

En la actualidad, en el país, la extensión de la cobertura de los Servicios de Salud se está llevando a cabo ya que en su cobertura de salud se han incluido a los estudiantes que antes no poseían algún servicio médico; en cuanto a mejoramiento del ambiente se han iniciado varias medidas entre las que se encuentran la no circulación vehicular un día a la semana y la selección de los productos de basura.

En cuanto a la organización y participación de la comunidad falta utilizar en forma más productiva la comunicación so-

bre tod a nivel de los adolexcentes y los niños, para ello el mejor medio es la escuela.

Por otro lado, la articulación intersectorial se ha empezado con la descentralización de los Centros de Salud, pero es importante recordar que no solo se debe llevar a cabo con materiales inmuebles, sino con todo lo necesario para que los Centros descentralizados puedan funcionar en cuanto a las necesidades de su localidad.

Con la estimulación y la participación se obtendrá la - autoresponsabilidad del individuo para con él y con los demás.

El país cuenta con elementos capaces de lograr avances que la realidad exige, pero es importante en cualquier investigación saber con qué apoyo técnico y financiero se cuenta.

Es imprescindible, pues, contar con un sistema administrativo bien organizado y un estudio minucioso y sobre todo - real de la situación presente, pero con miras al futuro de la problemática de salud incluyendo los aspectos económicos y -- los recursos humanos y materiales con que cuenta el país.

Estos cambios no surgieron en forma espontánea, sino -- que se estaban revisando desde tiempo antes y en forma parale la a la revisión del Código Sanitario.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN MEXICO.

Concepto del Sistema. En general un sistema es un con-

junto de elementos interrelacionados, formando una actividad para lograr un objetivo. Los elementos que lo componen, las relaciones y los objetivos son los tres puntos importantes de la definición.

El Sistema Nacional de Salud puede considerarse un Sistema excesivamente complejo y probabilístico, lo primero porque dada su complejidad no puede ser totalmente descrito y lo segundo porque no se puede predecir perfectamente la interacción de sus elementos, aspirándose en consecuencia, solamente a la predicción de la ocurrencia de un fenómeno con cierta probabilidad.

En consecuencia con las definiciones previas, el Sistema Nacional de Salud se define como:

"Un componente sectorial del Sistema Nacional de Planeación democrática que está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que prestan servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud". [40]

Los elementos que componen el Sistema Nacional de Salud se han dividido en tres tipos según la vertiente de instrumentación de la planeación a la que corresponden, éstos son:

1.- Entidades del Sector Salud, para las cuales se aplica la vertiente de obligatoriedad.

2.- Gobiernos de las entidades federativas que se vincu

lan a través de la vertiente de coordinación con el gobierno - federal.

3.- Sectores Social y Privado, que se incorporan mediante acciones correspondientes a las vertientes de Concertación e Inducción. [42]

A su vez los elementos del Sector Salud que como mencionamos en el punto 1, tienen la obligación de respetar y ejecutar las normas emitidas por la Secretaría de Salud y son:

- a.- La propia Secretaría de Salud.
- b.- Los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados en las 19 entidades no descentralizadas hasta 1987.
- c.- Salud Pública en el Distrito Federal.
- d.- IMSS e ISSSTE en sus funciones, programas y servicios de salud.
- e.- El Subsector constituido por los Institutos Nacionales de Salud.
- f.- El Subsector de Asistencia Social integrado por el DIF., I.N.S.E.N. y los Centros de Integración Juvenil.

En la segunda vertiente o de coordinación se encuentran: Los gobiernos de las entidades federativas que se vinculan con el gobierno federal. (Hasta 1987 son 12 las entidades descentralizadas que han formado distintas modalidades de Servicios Estatales de Salud).

En la tercera vertiente de Concertación e Inducción se ubican los Sectores Social y Privado, el primero se integra --

por los grupos sociales que no se insertan directamente en el proceso productivo, tales como los niños, estudiantes, desempleados, amas de casa y ancianos, que se organizan ante las - emergencias en caso de accidentes, desastres y otras contin- gencias, los cuales se brindan Servicios de Salud entre sí, - sin recibir a cambio pago monetario siendo más bien una mani- festación de solidaridad y cohesión social. [38]

El Sector Privado, se constituye por las particulares - que invierten su capital en empresas de salud de bienes y ser- vicios, a fin de obtener ganancias e incrementar así su capi- tal. En este sector se encuentran los hospitales, clínicas y consultorios que en forma privada ofrecen sus servicios de sa- lud, generalmente estos servicios se dirigen hacia el grupo - de población con más altos ingresos el cual tiene capacidad - económica para utilizarlos.

Estas últimas instituciones de Salud han sido clasifica- das en tres niveles de atención que son:

PRIMER NIVEL: Entendiendo como tal, a las organizaciones - que proporcionan atención básicamente de con- sulta externa.

SEGUNDO NIVEL: Integrado por aquellas de tipo curativo cuya asistencia requiere ya de instalaciones hos- pitalarias.

TERCER NIVEL: Propio de las que atienden aspectos de tipo

especializado y rehabilitatorio, cuyo costo -
por circunstancia es mayor. [27]

Las instituciones de Servicios de Salud Privadas son supervisadas por la Junta de Asistencia Privada, de estas en --- 1984 se estudiaron 25 entidades, correspondiendo 5 (20% de la muestra) al primer nivel, doce instituciones al segundo nivel (48%) y 8 instituciones al tercer nivel (32%) que en total --- brindaron durante el primer semestre de 1983, 95.436 servicios.

Entendiéndose por servicios, desde una consulta externa hasta una cirugía, o bien los servicios de laboratorio y gabinete.

Resulta evidente con el estudio de esta muestra no representativa del total de los Servicios de Salud privados, que su contribución en la prevención, curación y rehabilitación es importante, especialmente en las localidades grandes y medianas del país, y que el estudio del mercado de estos servicios puede contribuir a la visión objetiva de las necesidades de salud, así como a la estructuración de un marco técnico que las norme y aglutine evitando la anarquía que hasta el momento existe en la estructura, funciones y objetivos de este subsector.

Para los fines de este documento basta mencionar que los servicios de salud privados han sido sub estimados al momento de la planeación de las diversas modalidades de organización - de los servicios del país y que esta situación atenta contra -

el buen aprovechamiento de los recursos disponibles.

Otro Sector de la atención privada que linda entre este y el Sector Social es llamado de la atención tradicional, el cual en ocasiones recibe pago monetario y en ocasiones se presta como "ayuda" o solidaridad social, este tipo de servicios se brindan predominantemente en las áreas rurales, que aunque no tienen reconocimiento formal para su operación, en la práctica atienden una gran cantidad de problemas de salud.

Por otro lado existen formas complejas de servicios que no son cobrados en forma directa ni tienen permiso legal para ejercer la medicina y que sin embargo resuelven gran cantidad de problemas de salud, tal es el caso de los recursos humanos que atienden en las farmacias y boticas, y que sin cédula profesional recetan toda serie de medidas preventivas y terapéuticas, no cobrando la consulta pero obteniendo ganancia en la venta de los fármacos, esta forma de servicios son cotidianamente utilizadas para atender enfermedades poco complejas y que no requieren medidas quirúrgicas.

Como vemos el Sector Salud forma sólo una parte del complejo Sistema Nacional de Salud que por otra parte incluye además de los organismos públicos, privados y sociales hasta aquí revisados. La participación de todas las Secretarías del Ejecutivo Federal a nivel federal y local, la participación de las personas físicas y morales de los Sectores Social y Privado y los mecanismos de coordinación de acciones entre los com-

ponentes del sistema.

COBERTURA DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

El Sistema Nacional de Salud se integra por el Sector Salud, las Secretarías de Estado en todo lo relacionado con la salud, las personas físicas y morales de los Sectores Social y Privado, y los mecanismos de coordinación de acciones entre -- los elementos del Sistema.

La información en torno a la cobertura solamente es accesible respecto a los elementos del Sector Salud y aún en éste tiene serios problemas de confiabilidad.

En 1981 se afirmaba que el IMSS cubría a 26.9 millones -- de personas; la S.S.A. a 19.5; el IMSS-COPLAMAR a 18 y el --- ISSSTE a 5.1, lo que en conjunto sumaba 69.5 millones de personas protegidas institucionalmente, o sea el 97.3% de la población nacional. [8]

A estas cifras habría que agregar la cobertura de otras instituciones como Petróleos Mexicanos, o los Servicios Estatales de Salud (incluyendo el Distrito Federal) que, al sumarse a la cobertura de la medicina privada, daría la supuesta cobertura total de la población. [37]

Durante la elaboración del marco sectorial de Salud, -- Asistencia y Seguridad Social para 1983-1985, en un esfuerzo por depurar las cifras de cobertura, se utilizó como indicador

de cobertura potencial la capacidad de oferta de recursos humanos de atención médica primaria en el caso de la población --- abierta y se respetaron las cifras de la población derechohabiente. Mediante este criterio, el IMSS-COPLAMAR solo ajustó su cifra de 18 a 103 millones, para dar una cobertura nacional de 89% como además existe la medicina privada cuya cobertura se estima que va de 8 a 20% del total de la población nacional y además existen otros servicios en el Distrito Federal y en los Estados, parecería que el país tiene cobertura universal, con una inversión relativamente reducida, de poco más del 3% del producto interno bruto. Pero esta imagen resulta inexacta, da do que se basa en meras especulaciones y estimaciones sin el suficiente sustento objetivo, es por ello que las cifras de cobertura aún dentro del Sector Salud son poco confiables, menos aún las cifras que pudieran generarse para explicar la cobertura del Sistema Nacional de Salud en su conjunto.

Por lo tanto ante la seguridad de que no existe cobertura universal en nuestro país parece una hipótesis plausible -- pensar que muchas de las más de 109,890 localidades de menos -- de 2,500 habitantes que hasta 1980 existían, no cuentan con -- servicios formales de salud.

ORGANIZACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

A fin de distribuir funciones y responsabilidades, el Sistema Nacional de Salud se sustentó en cinco estrategias que le permitirán consolidarse como un verdadero Sistema, lo que im--

plica la definición de funciones y autoridad, así como la descripción de los medios de interacción y participación de sus elementos. De esa manera se ubica a la Secretaría de Salud como cabeza del Sector Salud, y se establecen dos órganos colegiados suprasectoriales que hacen posible la Coordinación Interinstitucional.

A fin de cumplir con las tres funciones específicas del Sistema Nacional de Salud (atención médica, salud pública y asistencia social), y consolidar el funcionamiento del sistema se definieron cinco estrategias fundamentales que a continuación se señalan:

SECTORIZACION:

Significa el agrupamiento de todo servicio público de salud bajo la coordinación de la Secretaría del ramo.

La Sectorización es una forma de la organización de la Administración Pública Federal para hacer efectivas las facultades del Ejecutivo en lo que se refiere a la orientación del trabajo de las instituciones para alcanzar objetivos comunes en aspectos específicos de la vida nacional.

Se integró el Sector Salud, agrupando los programas y funciones de las Instituciones de Seguridad Social y dentro del Sector se constituyeron los Subsectores de Asistencia Social y de los Institutos Nacionales de Salud. [13]

Como resultado de la Sectorización se creó el Programa -

Nacional de Salud 1984-1988, aprobado el 7 de agosto de 1984, que sintetiza la acción cinérgica de las instituciones realizadas a través de los grupos interinstitucionales del Sector Salud.

DESCENTRALIZACION:

Una de las estrategias con mas peso dentro de la descentralización de los Servicios de Salud, que consiste en la delegación de autoridad, derechos y obligaciones a entidades locales con patrimonio propio y dotadas de autonomía técnica y organica, que en el caso de México son hasta 1987, doce de -- los estados que están descentralizados (Colima, Guanajuato, - Guerrero, Nuevo León, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Baja California Sur, Morelos, México y Jalisco). [42]

En estos doce estados se siguieron las bases para la descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de - Salubridad y Asistencia que definen que:

1.- El proceso se sujeta a los lineamientos y a las normas que se aplican al desarrollo regional y a los acuerdos de coordinación entre federación y estados.

2.- Los acuerdos de coordinación incluirán: las facultades a desconcentrar a los Servicios Coordinados de Salud Pública, los recursos afectados, las acciones para la integración y funcionamiento de los Sistemas Estatales, los manuales de organización, de procedimiento y de Servicios y los plazos para el cumplimiento de los compromisos.

3.- Los Servicios Coordinados de Salud Pública deberán convertirse en órganos administrativos desconcentrados por región con los Consejos Internos de Administración presididos -- por los gobernadores.

4.- La educación del modelo estructural de la Secretaría en el proceso de descentralización, que deslinda lo normativo en ella y lo operativo en los Servicios Coordinados.

5.- La participación de las Jefaturas de los Servicios Coordinados de Salud en los Subcomités de Salud y Seguridad Social de los COPLADES.

6.- La creación de un órgano al que se confiere el Sistema de Salud del Distrito federal, sujeto a la normatividad y a las acciones de coordinación entre la SSA y el DDF. [13]

Con la descentralización se pretende la autonomía de las diversas entidades en cuanto a la toma de decisiones de los diversos problemas de salud que se detectan en nuestro país. Y no sólo la autonomía de la toma de decisiones sino la autonomía en cuanto a recursos técnicos, humanos, económicos, etc. Es por ello que en México, aún siguen algunos estados bajo la tutela del organismo central de manera directa y que en el caso de los estados descentralizados, únicamente se encarga del seguimiento de los programas, así como su evaluación, de manera que se garantice una buena calidad en la atención.

MODERNIZACION ADMINISTRATIVA:

Esta modernización se refiere a la reordenación de las -

funciones de la Secretaría de Salud y a su reestructuración mediante un vigoroso ejercicio de compactación y diferenciación de funciones, como las de Dirección, Regulación y Coordinación, las de Apoyo, las de Control y las de Regulación Sanitaria, Investigación y Desarrollo.

El proceso de reordenación y reestructuración de la Secretaría, terminó en 1985 con el tránsito de la Secretaría de SSA a la Secretaría de Salud, como ya se ha mencionado anteriormente.

De ésta manera, la Modernización y la Descentralización de los Servicios de la Secretaría han creado un modelo de operación del Sistema Nacional de Salud que distingue dos ámbitos, que son el normativo a cargo de la Secretaría de Salud, y el operativo a cargo de los Servicios Estatales de Salud y de las Instituciones Federales prestadoras de Servicios. [38]

COORDINACION INTERSECTORIAL.

La Coordinación Intersectorial se refiere a la vinculación o relación que tienen los distintos sectores que conforman el aparato público entre sí mismo.

De esta manera, para lograr provechos y resultados considerables dentro del tema de Salud, es importante su interrelación con otros campos de la vida nacional, como la S.E.P., la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, Gobernación, Desarrollo Urbano y Ecología, Secretaría de Agricultura y la de --

Trabajo y Previsión Social. Y para ésto existen dos entidades que son:

- Gabinete de Salud, integrado por el Presidente de la República, los Secretarios de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salud y los Directores Generales del IMSS, ISSSTE y DIF.
- Consejo de Salubridad General, integrado por el Secretario de Salud y los Directores Generales del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, así como los Directores Médicos del IMSS, ISSSTE y DIF; el rector de la UNAM; el Director General del IPN; dos rectores de las universidades de los estados; el Presidente de la Academia Nacional de Medicina y un experto en ecología. [38]

Dichas entidades han ayudado para generar Comisiones y Consejos que a su vez han elaborado programas específicos como el de la lucha contra el alcoholismo, la farmacodependencia, el tabaquismo; además de programas para preservación del medio ambiente.

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD:

Uno de los principales problemas de salud, se debe a las medidas sanitarias existentes y el éxito de éstas dependerá de la participación de la comunidad.

Ya sea por medio de campañas sanitarias o por iniciativa propia, la comunidad puede informarse sobre las medidas de prevención de enfermedades y el cuidado de su salud.

Para lograr cierto grado de educación y concientización en la comunidad existen las campañas, además de la formación de Comités de Salud que también implica participación al igual que los Patronatos y las acciones altruistas de los estratos sociales altos. Esto se realiza con el fin de, además de una participación comunitaria, la detección de los principales -- problemas que afectan a la localidad y que pueden ser de manera individual o de manera colectiva.

Sin embargo, en ocasiones lo anteriormente dicho no se lleva a cabo ya sea por la negligencia de algunos elementos encargados de preservar y restaurar el estado de salud, o por las diferentes autoridades locales o líderes existentes, que entorpecen la educación de la comunidad y con esto el nivel de salud de la misma.

FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

ATENCION MEDICA:

En octubre de 1982, el presidente electo ordenó compaginar los elementos operados por la Coordinación de los Servicios de Salud y los recogidos por la Consulta Popular llevada a cabo durante la campaña presidencial, a fin de traducirlos - en iniciativas de ley que pudieran implantarse desde el principio

pio mismo de su gestión gubernamental. Las tesis y acciones fundamentales se recogen e integran en el libro "Hacia un -- Sistema Nacional de Salud", que publicó la Universidad Nacio-
nal Autónoma de México. Ahí se definen las estrategias para consolidar el Sistema Nacional de Salud y se consignan los -
elementos básicos que han dado fundamento a la política de -
Salud del presente régimen.

A fin de poder ubicarnos en el Sistema Nacional de Sa-
lud es necesario que se conozcan las funciones básicas del -
mismo que son:

- 1.- Atención Médica,
- 2.- Salud Pública y
- 3.- Asistencia Social.

La atención médica son servicios proporcionados al in-
dividuo e incluyen actividades preventivas, tanto de preven-
ción general como de protección específica. Las actividades
curativas que pretenden efectuar un diagnóstico temprano y -
proporcionar un tratamiento oportuno, las actividades de re-
habilitación que incluyen acciones para corregir problemas -
de invalidez física y mental y finalmente las acciones de --
atención y urgencias.

Esta función debería llevarse a cabo en un porcentaje
mayor, mediante actividades puramente preventivas, tanto ge-
neral como de protección específica, ya que esto provocaría
una disminución de los principales problemas de salud, lo --

que representaría una disminución de los recursos, ya que se detecta que el mayor número de casos que se ven en la consulta médica se deben a problemas de salud de fácil prevención, como el caso de las parasitosis intestinales y de todo tipo - de problemas de salud relacionados a problemas sanitarios.

SALUD PUBLICA:

Los servicios destinados a la Salud Pública tienen como objetivo crear, corregir y mejorar las condiciones deseables de salud de la población y propiciar en el individuo actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en tareas que redunden en beneficio de la salud individual y colectiva. Comprenden la educación para la salud, la nutrición, el control de los efectos nocivos del ambiente, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades y accidentes.

A pesar de que los servicios ya mencionados cumplen teóricamente con las necesidades de la población, no siempre se cumple todo su cometido, ya que en ocasiones debido a la inaccesibilidad de los servicios o a la idiosincracia de los individuos no se logra tener el cumplimiento adecuado, reflejándose en una falta de operatividad o ineficacia.

ASISTENCIA SOCIAL:

Comprenden las acciones tendientes a superar las circunstancias de carácter social que impiden el desarrollo indi

vidual, así como la protección física, mental y social de las personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental hasta lograr su reincorporación a una vida plena y productiva. Las actividades básicas de Asistencia Social incluyen: la atención a personas que se encuentran impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo, en virtud de sus crecientes carencias socioeconómicas o por problemas de invalidez; la atención a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos; el desarrollo de acciones para garantizar el bienestar del anciano; el ejercicio de la tutela de menores, la asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos e inválidos sin recursos; la promoción de la participación de la población en acciones que redunden en su propio beneficio y el apoyo a la educación y capacitación para el trabajo. Pero debido al número exagerado de individuos que caen dentro de algunos de los apartados o acciones ya mencionados, la capacidad de atención es mínima y por lo tanto el éxito de esta función del Sistema Nacional de Salud se encuentra en vías de espera.

Ahora bien, para que se pueda consolidar el Sistema Nacional de Salud, y así pueda cumplir sus tres funciones específicas, atención médica, salud pública y asistencia social, se elaboró la estrategia basada en los niveles de atención, los cuales serán revisados en el apartado siguiente.

NIVELES DE ATENCION:

Importancia de los niveles de atención para mejorar la eficacia y eficiencia de los Servicios de Salud.

Esta estrategia de atención se basa en el supuesto de - que conforme aumenta la severidad del problema de salud-enfermedad, es necesaria la intervención de Servicios de Salud instrumentalmente más complejos. Este supuesto considera casi - exclusivamente el término "severidad" como una función de las medidas en que el diagnóstico y tratamiento, concebidos en -- términos biológicos, requieren mayor cantidad de análisis de laboratorio y gabinete, entidades que de otra manera serían - casi imposibles de diagnosticar de usarse solo la clínica tradicional. No obstante cabe aclarar que los problemas comunes tales como las enfermedades del aparato respiratorio y digestivo, que ocupan en mucho la mayor parte de la demanda y utilización de los servicios; y que además representan las grandes causas de muerte, especialmente en los grupos infantiles del país; no por frecuentes son fáciles de resolver; de ser - así, los países como México habrían dejado atrás estas causas de enfermar y morir.

Resulta evidente que el primer nivel de atención puede resultar más complejo que los otros dos, no sólo por el gran número de recursos que debe organizar, sino que supera con mucho la visión tradicional, que considera al proceso salud-enfermedad como el resultado del desequilibrio de la triada ecológica.

La organización y concientización de la comunidad, el cambio axiológico en los valores de los médicos acostumbrados a esperar la demanda de servicios rodeados de la tecnología de laboratorio y gabinete, así como el conocimiento de la forma precisa en que deben y pueden actuar las entidades del ejecutivo a nivel local, o las acciones concretas de las personas físicas y morales que pueden intervenir en la búsqueda y mantenimiento de la salud, parecen ser los retos de éste muy compleja atención primaria.

El segundo y tercer niveles de atención predominantemente curativos, conocen sus potencialidades y limitaciones y -- tienen ya larga experiencia en el manejo de los métodos, técnicas e instrumentos para la solución de los problemas a que se enfrentan, en cambio el primer nivel dada su complejidad y juventud, se han conformado con la aplicación, por extensión de los métodos de la atención predominantemente biológica de los otros dos niveles.

Esta posición de indefinición de estrategias puede aparentar falta de complejidad en el abordaje de los problemas -- que pueden llevar casi ineludiblemente a la inexistencia de -- medidas factibles y efectivas de solución de los problemas -- del primer nivel de atención.

Características y Actividades por Niveles de Atención.

Ahora bien, a continuación mencionaremos las actividades

que de acuerdo con la óptica predominante hasta este momento, deben efectuarse en el primer nivel. Según el Dr. Manuel Barquín C., "Las actividades del primer nivel se enfocan primordialmente a preservar y conservar la salud de la población -- por medio de acciones de promoción, protección específica, -- diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y cuya resolución -- es factible mediante recursos simples. [5]

En lo referente al medio, se procura lograr un saneamiento ambiental básico; el primer nivel es en suma el ámbito de -- la medicina general. [5]

En nuestro país estos servicios han sido prestados en el ámbito rural a expensas de los pasantes en Servicio Social, -- quienes en términos reales han operado el funcionamiento de estos servicios en los lugares que más se necesitan. En las -- áreas urbanas y de manera especial en las llamadas áreas marginadas, estos servicios han sido prestados por médicos genera--les que en muchas ocasiones han visto frustradas sus espectativas de especialización; expectativas que fueron creadas apenas hace 50 años ya que antes de 1940 no existían especialistas reconocidos en México.

Muy probablemente esta forma de inserción en el trabajo médico, ha condicionado que el primer nivel de atención se considere en el sistema de valores tanto médico como social, como medicina de segunda para gente de segunda; situación que en estos momentos se encuentra en pleno periodo de transición axio-

lógica, tal y como sucediera hace no más de medio siglo, en que los médicos generales tenían el mayor reconocimiento social y médico, y que poco a poco fueron desplazados por el valor adquirido por los médicos especialistas. Sin embargo, -- hasta el momento, la forma de remuneración tanto institucional como privada se ha visto orientada hacia el estímulo a la especialización y super especialización; situación que en términos reales ha obstaculizado el desarrollo de la atención -- primaria, misma que muy probablemente sea en términos numéricos la mas improtante para mantener y aún restaurar la salud de la mayoría de la población, dado que sus acciones son de bajo costo y bien planeadas y ejecutadas son muy efectivas.

Las actividades que deben desarrollar los equipos de -- atención primaria según el enfoque actual son las siguientes:

1.- Conocimiento del nivel de salud individual, familiar y comunitaria.

2.- Orientación y capacitación de la población usuaria para el cuidado de su salud mediante la formación de grupos - de:

- Adultos (Comités de salud)
 - Grupos juveniles.
 - Embarazadas y madres en periodo de lactancia.
 - Mujeres en edad fértil.
 - Escolares.
- 3.- Nutrición.
- Orientación nutricional

— Alimentación complementaria a menores de cuatro años, embarazadas y madres en periodo de lactancia.

4.- Promoción para el saneamiento. Apoyo a la vigilancia y control sanitario del medio ambiente.

— Detección y referencia de problemas de control ambiental.

5.- Control de enfermedades prevenibles para vacunación.

— Vacunación a los menores de 5 años contra la poliomielitis, sarampión, difteria, tosferina, tétanos. En casos especiales: antiparotiditis, antirubeola, antirrábica. A los menores de 14 años vacunación contra la tuberculosis y aplicación de toxoide tetánico y vacuna antitifóidica a grupos expuestos a alto riesgo.

En este nivel, la medicina preventiva primaria, o sea, la que tiene el propósito de erradicar las enfermedades, tiene su campo de aplicación más amplio, a través de programas de inmunización por vacunación, complementados por saneamientos ambiental, educación y alimentación adecuada.

6.- Detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas.

7.- Control y vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles.

8.- Consulta médica general por grupos de edad que comprenden:

— A enfermos.

— A sanos.

— De planificación familiar.

- De control de embarazo y puerperio normal y atención del parto normal, en caso necesario.
 - Detección de incapacidades y referencias para su tratamiento y rehabilitación.
 - Atención y referencia de urgencias médico-quirúrgicas, canalización al nivel indicado, de distocias y casos complejos de perinatología.
- 9.- Atención odontológicas a grupos prioritarios y atención de urgencias estomatológicas.
- 10.- Capacitación y adiestramiento a personal auxiliar de la comunidad.
- 11.- Referencia:
- De paciente a hospital general o ambulatorios especializados.
 - Para estudios de laboratorio y gabinete al Hospital General.
 - Para problemas de control sanitario y ambiental al Centro Jurisdiccional. [5]

En el primer nivel de atención se organiza a partir del establecimiento de módulos, cada uno de los cuales integrado por un equipo interdisciplinario de salud que tiene a su cargo en términos generales a 2.500 personas ó 50 familias; situación que puede variar desde un equipo hasta 12, éste último con una cobertura de 30,000 personas en las áreas urbanas.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCION.

Este es el más conocido ya que se integra por los hospitales que cuentan por lo menos con las cuatro especialidades básicas (medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría), y que cuentan con la tecnología suficiente para atender problemas médico-quirúrgicos y de hospitalización no complicados, por otro lado, en este nivel se pueden efectuar actividades de vigilancia epidemiológica, para atender y resolver los problemas ambientales en aspectos de control y vigilancia, para evitar daños directos a la salud, debido a agentes patógenos sustancias tóxicas. También deben organizarse los recursos necesarios para efectuar acciones de ordenamiento urbano y ambiental. [5]

Aunque la estrategia plantea la transferencia de pacientes de uno a otro nivel, hasta el momento el sistema de transferencia de pacientes no ha tenido el impulso que debiera tener, pues salvo en los servicios del IMSS, que más o menos han respetado los niveles de atención, el resto de instituciones del Sector Salud no han normalizado el proceso de atención por niveles en forma permanente y eficiente; esto ocasiona retrasos en la atención, disminución de la calidad, incremento en los costos, duplicidad de funciones e interferencia entre las distintas instancias de una misma institución o subsistema, todo lo cual ocasiona falta de coordinación y por ende desorganización dentro del Sector Salud.

TERCER NIVEL DE ATENCION:

Este nivel pretende resolver los casos más raros, a partir de la consulta especializada y empleando para ello la tecnología mas costosa. Su cobertura es de varios miles de millones de personas, además cuenta con infraestructura humana y -- tecnológica para la investigación y la docencia de postgrado.

[5]

Se supone que estas instituciones deben atender a los ca sos transferidos por el segundo nivel y primer nivel de atención. Sin embargo debido a las características del funcionamiento real del sistema de servicios en estas instituciones, - se atienden tantos casos complicados, como incluso enfermedades muy frecuentes que generalmente ingresan o son atendidas - en los Servicios de Urgencias o consulta externa, situación -- que complica el funcionamiento y costo de operación de estos - servicios.

Como podemos observar a lo largo de los apartados prece- dentes de este último capítulo, el Sistema Nacional de Salud, todavía se encuentra en su fase de consolidación, no obstante es probable que como ha sucedido en épocas anteriores, la fo rma como se organizan los Servicios de Salud en México, sufra modificaciones, que pueden ser tanto de forma como de fondo, - en cuyo último caso plantearía una nueva perspectiva de com- -- prender las funciones de las instituciones organizadas de Ser- vicios de Salud, y por ende este capítulo deberá adaptarse a - los cambios estructurales y de funcionamiento de la organiza- ción vigente.

Una vez realizado el análisis de este capítulo podemos concluir que la idea de descentralizar al Sector Salud a través del Primer Nivel de Atención para la misma queda cimentada o tiene su fundamento en la declaración de ALMA-ATA (1978), ya que reconoce la Atención Primaria como la estrategia mas adecuada para llevar la salud a la mayor parte de los ciudadanos.

También pudimos observar algunas de las características mas importantes de los tres niveles de atención para la salud en nuestro país.

Es importante recalcar que en los últimos tiempos se ha dado un impulso mayor a los niveles segundo y tercero de atención y se ha dejado un poco de lado al primer nivel, ya que -- por ejemplo, en lo que se refiere al personal profesional médico se le dá una preparación mas enfocada hacia el segundo y -- tercer niveles.

Esta tendencia es la que actualmente trata de revertir -- en general el gobierno federal y en particular la Secretaría de Salud para poder de esta forma apegarse a los lineamientos del ALMA-ATA Y PODER DESCENTRALIZAR LOS Servicios de Salud de una manera eficaz y funcional.

Como hemos podido observar a lo largo de este trabajo, -- he intentado realizar un análisis de una de las estrategias -- contempladas en el Plan Nacional de Desarrollo y que se refiere al Cambio Estructural, en este caso aplicado al Sector Salud y que consiste en la Descentralización de los Servicios de

Salud a través del impulso al Primer Nivel de Atención para la misma.

Para ellos me he valido de una revisión de conceptos des de los más generales y básicos dentro de la Administración Pública hasta los más particulares y específicos en materia de salud. Todo esto con la finalidad de mostrar de una manera lógica y coherente de donde surge la idea de Descentralizar los Servicios de Salud.

Es decir, he partido desde las ideas generales para poder ir ubicando la posición y la jerarquía de cada una de las estrategias implementadas por el Sector Salud para el sexenio 1983-1988.

Así mismo, procederé a dar algunas de las conclusiones - mas importantes y relevantes de mi trabajo.

C O N C L U S I O N E S

C O N C L U S I O N E S

Una vez revisados los capítulos anteriores podemos concluir, que todo nuestro sistema jurídico desde lo más general hasta lo más particular ha preparado el campo necesario para que el proceso de Descentralización Administrativa de los Servicios de Salud pueda llevarse a cabo apoyado en leyes y artículos. Esta idea la podemos verificar desde la propia Constitución Política, la cual al permitir la formación de nuestro país en estados libre y soberanos en su régimen interior, de la pauta para que el proceso descentralizador pueda generarse. Es decir, esa autonomía interna otorga cierta libertad en la toma de decisiones siempre y cuando no se atente en contra de la Federación, con esto se pretende alcanzar una mayor participación de los tres niveles de gobierno: Federal, Estatal y Municipal al mismo tiempo que el fortalecimiento del Pacto Federal.

En nuestra Ley General de Planeación Democrática se establece así mismo la necesidad de llevar a cabo esta actividad mediante la participación de todos los sectores sociales de nuestro país, tarea poco fácil si se centralizara de manera total la actividad planeadora. Es precisamente dentro del Plan Nacional de Desarrollo donde se plasmó en dos líneas básicas de acción a la Descentralización de la Vida Nacional como un instrumento de la Administración Pública para coadyuvar a los

objetivos marcados dentro del llamado Cambio Estructural.

De la misma manera nuestra Ley Orgánica de la Administración Pública Federal considera a la Descentralización una de sus formas legales de organizar al propio Poder Ejecutivo Federal como una manera de lograr mayor efectividad en el desempeño de sus funciones y la satisfacción de las necesidades de nuestra sociedad.

Podemos afirmar de esta manera que definitivamente el problema en general de la Descentralización de la Vida Nacional y en particular de los Servicios de Salud no es realmente el aspecto legal. Por otro lado, se ha demostrado a lo largo del presente trabajo que la Descentralización es un proceso viable en la medida en que doce estados de nuestro país han puesto en marcha esta acción, cabe aclarar que los resultados y la implantación de las estrategias descentralizadoras son paulatinos y constituyen un cambio moderado y a largo plazo. De esta manera se refuerza la idea de no considerar a los recursos materiales y financieros como el principal obstáculo a vencer para alcanzar las metas deseadas. Es decir, si bien los recursos materiales y financieros en algunos casos son es casos, es más importante el problema de su inadecuado aprovechamiento, motivo por el cual se generan fenómenos como la ba ja significativa de productividad, ineficiencia e ineficacia en el desempeño de las funciones y en la satisfacción de las necesidades.

Lo anterior es en gran medida explicable si buscamos - las raíces del problema en la falta de una buena capacitación de nuestros recursos humanos, ya que en el caso del sector sa lud la formación de los mismos está encaminada básicamente a desempeñarse dentro de los segundos y tercer niveles de atención, es decir, los grandes hospitales y clínicas del país -- centralizados en el Distrito Federal y se deja de lado la pre paración y capacitación de personal apto para el primer nivel, constituido por pequeños consultorios rurales en donde el tipo de casos que se atiende exige otro tipo de habilidades y - destrezas por parte de los prestadores de este servicio.

Si agregamos al fenómeno anterior la falta de actitudes por gran parte de los prestadores de este servicio, el reto al proceso descentralizador se agudiza aún más. Esto se debe sobre todo a la inerte idea que ha continuado entre la gente a - considerar que en las grandes urbes la prestación de servicios y el nivel de vida responde a condiciones de mucho mejor calidad que los que se llevan a cabo en las zonas rurales de nuestro país. Idea que poco a poco habrá que disipar a través de la motivación e incentivos personales hacia aquellos servido-- res públicos que opten por prestar sus servicios en los centros de Salud Descentralizados.

El problema de la intención política es uno de los más grandes obstáculos a los cuales se enfrenta el proceso, ya que la forma en que está constituido nuestro sistema político, di-

ficulta que fácilmente el poder centralizado se delegue de manera racional hacia los órganos descentralizados. Aspecto fácilmente comprobable si observamos que pese a la creación de los tres poderes federales: Legislativo, Ejecutivo y Judicial, existe un predominio notable del Ejecutivo sobre los otros -- dos. De ahí que se diga que vivimos en un Presidencialismo. Esto muestra uno de los grandes retos del proceso de Descentralización para permitir realmente el distribuir equitativamente el poder centralizado hacia los órganos descentralizados, hecho que no ha permitido en muchos casos la aplicación del proceso en muchos de los estados restantes del país.

Así pues, tanto la falta de capacitación y cambio de actitudes en los recursos humanos del Sector Salud como la falta de una verdadera decisión política descentralizadora son los principales retos a vencer por la Descentralización de los servicios de Salud.

La responsabilidad de la Salud no es materia exclusiva de la federación, sino que es materia compartida entre los estados y la federación y dentro de éstos los municipios.

La Ley General de Salud distribuye y define las competencias en materia de salud tanto de la federación como de cada uno de los estados y municipios.

La Descentralización del Sector Salud ha originado que la parte normativa recaiga en la Secretaría de Salud y la par

te operativa sea responsabilidad de las Secretarías estatales de Salud.

El hecho de que existan múltiples instituciones que -- prestan Servicios de Salud (IMSS, ISSSTE, S.A., PEMEX, etc.) dificulta la descentralización, dado que cada una de ellas emplea distintas normas técnicas.

No deben celebrarse demasiados convenios entre la federación y los estados, ya que ésto limita la autonomía de los órganos descentralizados.

Una gran carencia del proceso descentralizador es la - falta de una clara definición de los pasos que debe de seguir el proceso de Descentralización de los Servicios de Salud dentro de los estados y municipios.

Otro problema que se presenta en la Descentralización - se refiere a la falta de unificación en un solo Sector Salud, lo cual ha ocasionado que la descentralización no abarque a - instituciones como: PEMEX, Cruz Roja, Servicios Médicos del - Ejército y otros.

La Descentralización que implica emigración de los recursos técnicos calificados se enfrenta a la actitud de rechazo hacia la migración a los estados.

Es necesario descentralizar todos los servicios y no - solo el Sector Salud y Educación para que esto tenga un impac

to significativo.

La migración rural-urbana representa uno de los más -- grandes problemas de distribución poblacional que afecta a la descentralización de la vida nacional de manera directa.

Hasta 1982 cerca de 9 millones de habitantes no tenían Servicios de Salud, este hecho apoya la necesidad de Descen-- tralizar los servicios.

Las características de la distribución poblacional se correlacionan con las condiciones de desarrollo regional.

La migración interna rural-urbana se relaciona con variables económicas como: ingreso per cápita, tecnología dispo-- nible para la producción entre otras. Entre las de índole so-- cial y cultural encontramos a la educación, índice de fecundi-- dad, acceso a servicios, etc.

Existe un promedio de un médico por cada 800 habitan-- tes siendo que la recomendación internacional es de un médico por cada mil habitantes, es claro que el problema no es cuan-- titativo sino de distribución.

No existe una unificación de criterios y normas para -- la construcción y distribución de las unidades entre las ins-- tituciones de Salud y aún más entre las entidades federativas lo cual provoca graves problemas de Coordinación Administrati-- va.

El mayor número de camas de las instituciones de Salud se ubican en localidades con las cifras más altas de densidad de población y con un mayor grado de desarrollo económico lo cual hace evidente la concentración de los recursos físicos y la importancia de descentralizarlos.

México es uno de los países latinoamericanos que destina una menor cantidad de su producto interno bruto a Servicios de Salud, lo que se constituye en una importante barrera a la descentralización.

La mayoría del presupuesto interno del Sector Salud se destina hacia actividades curativas y de administración dedicándose sólo una pequeña parte de él (3% de 1982) a la prevención, la cual debería ser prioritaria si se considera importante descentralizar los Servicios de Salud a partir del Primer Nivel de Atención que es predominantemente preventivo.

La ampliación de la cobertura a nivel sectorial e institucional se sustentará en el desarrollo y la infraestructura del Primer Nivel y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.

La descentralización de los Servicios de Salud se está llevando a cabo a través de la transferencia gradual de los servicios de atención a población abierta, a las entidades federativas y desconcentración de los Sistemas Federales de Seguridad Social, integrándose Sistemas Estatales de Salud.

La política mundial en cuanto a la salud es llevar Servicios de Atención Primaria al total de la población que les permitan llevar una vida social y económica y productiva.

La atención primaria se considera la forma más adecuada para descentralizar los Servicios de Salud hacia las poblaciones postergadas.

La descentralización de los Servicios de Salud no debe limitarse a la transferencia de los recursos, sino que debe contar con todo lo necesario (recursos humanos y financieros) para responder eficazmente a las necesidades de su localidad.

El Sistema Nacional de Salud tiene tres vertientes de instrumentación de la Planeación que son: Obligatoriedad, -- Coordinación y Concertación e Inducción que son modalidades de diversos grados de Descentralización y Desconcentración Administrativa.

Los Servicios de Salud privados han sido subestimados al momento de la planeación de las diversas modalidades de organización y descentralización de los Servicios de Salud del país.

Las cifras de cobertura del Sector Salud son poco confiables, lo cual dificulta orientar la descentralización hacia las personas y lugares que más necesitan de estos servicios.

Es muy probable que más de 109,890 localidades de me--

nos de 2500 habitantes no cuentan con servicios formales de -
salud.

Hasta 1987 se habían descentralizado doce entidades --
del Sector Salud.

Es probable que como ha sucedido en épocas anteriores
la forma como se organizan los Servicios de Salud en México -
sufra modificaciones que puedan ser tanto de forma como de --
fondo.

La Administración Pública como instrumento de gobierno
y agente generador de cambio puede modernizar y mejorar los -
órganos que la integran, es así que en el estudio de la Des--
centralización y la Salud se puede concluir que aunque ésta -
se enfrenta a algunos problemas mencionados en este trabajo,
es la estrategia más adecuada para llevar los Servicios de Sa
lud a la dispersa y poco comunicada población del territorio
nacional

B I B L I O G R A F I A

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Apuntes personales de la Administración Pública en México.
- 2.- Apuntes personales sobre Presupuesto por Programas.
- 3.- Apuntes personales sobre teoría de la Administración - Pública en México.
- 4.- Barquín Calderón M., NIVELES DE COMPLEJIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD, Rev. Fac. de Odontología, 1a. parte, Vol. 1, No. 2. 1984.
- 5.- Barquín Calderón M., NIVELES DE COMPLEJIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD, Rev. Fac. de Odontología, 2a. parte, Vol. 1, No. 3, pp. 30-38, 1984.
- 6.- Buttgenbach, DERECHO ADMINISTRATIVO, DESCENTRALIZACION - ADMINISTRATIVA Y ORGANIZACION POLITICA, Vol. III, p. 86, Edit. Alfabara, España, 1954.
- 7.- Carrillo Castro, A., LA REFORMA ADMINISTRATIVA EN MEXICO, Edit. Porrúa, 4a. ed., pp. 54-57, México, 1980.
- 8.- Comisión de Salud y Seguridad Social. Coordinación de los Servicios de Salud. HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SA LUD, pp. XIV, 3-5, UNAM. 1983
- 9.- CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Ed. Porrúa, México. 1984
- 10.- Coordinación General del Sistema Nacional de Información. ENCUESTAS MEXICANAS DE FECUNDIDAD. Primer Informa Nacion

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Apuntes personales de la Administración Pública en México.
- 2.- Apuntes personales sobre Presupuesto por Programas.
- 3.- Apuntes personales sobre teoría de la Administración - Pública en México.
- 4.- Barquín Calderón M., NIVELES DE COMPLEJIDAD DE LA ATENCION A LA SALUD, Rev. Fac. de Odontología, 1a. parte, Vol. 1, No. 2. 1984.
- 5.- Barquín Calderón M., NIVELES DE COMPLEJIDAD DE LA ATENCION A LA SALUD, Rev. Fac. de Odontología, 2a. parte, Vol. 1, No. 3, pp. 30-38, 1984.
- 6.- Buttgenbach, DERECHO ADMINISTRATIVO, DESCENTRALIZACION - ADMINISTRATIVA Y ORGANIZACION POLITICA, Vol. III, p. 86, Edit. Alfaguara, España, 1954.
- 7.- Carrillo Castro, A., LA REFORMA ADMINISTRATIVA EN MEXICO, Edit. Porrúa, 4a. ed., pp. 54-57, México, 1980.
- 8.- Comisión de Salud y Seguridad Social. Coordinación de los Servicios de Salud. HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SA LUD, pp. XIV, 3-5, UNAM. 1983
- 9.- CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Ed. Porrúa, México. 1984
- 10.- Coordinación General del Sistema Nacional de Información. ENCUESTAS MEXICANAS DE FECUNDIDAD. Primer Informa Nacio

nal de la S.P.P., México. 1979.

- 11.- Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar. ENCUESTA NACIONAL DE PREVALENCIA EN EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. Informe de resultados julio-octubre. México 1978.
- 12.- Coordinación General del Sistema Nacional de Información. LOS NIVELES DE FECUNDIDAD EN MEXICO, 1960-1974. Serie 1, No. 3. México, 1978
- 13.- De la Madrid, Miguel, et.al., LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EL CASO DE MEXICO. pp. 2-8, Ed. Porrúa, México. 1986.
- 14.- Diario Oficial de la Federación. S.E.P., México, 8 de agosto de 1983.
- 15.- Diario Oficial de la Federación. 19 de marzo de 1984.
- 16.- Dirección General de Estadística. SIC. CENSO GENERAL DE POBLACION 1900-1960. México.
- 17.- Dirección General de Estadística, proyecciones de población mexicana 1970-2000. CENSO GENERAL DE POBLACION VI, VII, IX. D.G.E., S.I.C., S.P.P. (nivel nacional).
- 18.- Dirección General de Estadística. S.P.P. PROYECCIONES DE POBLACION MEXICANA 1970-2000. (nivel nacional).
- 19.- DISTRIBUCION POR FUNCIONES. S.S.P., C.S.S. 1982.
- 20.- ESTIMACION DEL CONSEJO NACIONAL DE POBLACION CON BASE EN ESTADISTICAS VITALES CORREGIDAS POR SU ENUMERACION DE NATALIDAD-MORTALIDAD 1978. México

- 21.- ESTIMACION DEL CONSEJO NACIONAL DE POBLACION 1979.
- 22.- Fraga, Gabino, DERECHO ADMINISTRATIVO, Ed. Porrúa, pp. 195-252, México, 1934.
- 23.- Gaceta Mexicana de Administración Pública Estatal y Municipal, MUNICIPIO LIBRE Y DESCENTRALIZACION DE LA VIDA NACIONAL, pp. 144-145, Ed. I.N.A.P., marzo, 1984.
- 24.- Gobierno Federal, PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, Talleres Gráficos de la Nación, pp. 18-28, 1983.
- 25.- Gobierno Federal, PROGRAMA NACIONAL DE SALUD, 1984-1988.
- 26.- Gobierno Federal, LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL, Art. 1,9. Ed. Libros Económicos, 1984.
- 27.- Iñiguez, E., et.al., ANALISIS RETROSPECTIVO DE LA ASISTENCIA MEDICA, enero-junio 1983.
- 28.- MEXICO, ESTADISTICA ECONOMICA Y SOCIAL POR ENTIDAD FEDERATIVA., S.P.P., 1981.
- 29.- México Demográfico. CONSEJO NACIONAL DE POBLACION. Breviario, 1979.
- 30.- NATURAL ESTADISTICA BASICA, Socio-demográficas, S.P.P. 1940-1970.
- 31.- Pagaza Pichardo, I. INTRODUCCION A LA ADMINISTRACION PUBLICA EN MEXICO, Ed. I.N.A.P., Tomo I, pp. 28-38, México, 1984.
- 32.- Pérez Pérez, S. LA ORGANIZACION DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL, p. 3, México, 1983.

- 33.- POBLACION CENSAL CORREGIDA POR SUBENUMERACION PROYECTADA AL 30 DE JUNIO DE 1970. S.P.P., C.S.N.I.D.G.E., 1978.
- 34.- PROGRAMA DE CENTRO COMUNITARIOS DE SALUD EN AREAS MARGINADAS URBANAS. S.S.A., 1980.
- 35.- SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000, "ESTRATEGIAS", Organización Panamericana de la Salud, No. 173, 1980.
- 36.- SALUD PUBLICA DE MEXICO, Vol. 29, No. 2, marzo-abril, 1987.
- 37.- Sandoval Navarrete, R. HACIA UNA TEORIA DE LA MIGRACION MEDICA, Revista Ciencia y Desarrollo CONACYT, No. 69, Año XII, julio-agosto, 1986.
- 38.- Sandoval Navarrete, R., LAS UNIVERSIDADES Y LA INVESTIGACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. Rev. Fac. de Medicina, U.N.A.M., 1982
- 39.- Secretaría de Salud, LEY GENERAL DE SALUD, 1984.
- 40.- Secretaría de Salubridad y Asistencia. CUADERNOS TECNICOS DE PLANEACION, Vol. 1 y 2, pp. 60-61, 1984.
- 41.- Serra Rojas, Andrés, DERECHO ADMINISTRATIVO, Ed. Porrúa Tomo I, pp. 483-622, México, 1983.
- 42.- Soberón Acevedo, G., EL CAMBIO ESTRUCTURAL EN LA SALUD PUBLICA DE MEXICO, Vol. 29, No. 2, México, 1987.

43.- Staford Beer, CIBERNETICA Y ADMINISTRACION INDUSTRIAL.
Zahar ed., 1979.

44.- Unikel Luis, EL DERECHO URBANO DE MEXICO, Colegio de Mé
xico, 1978.