

Nº 41
2 F.

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**



FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

***LA DESCENTRALIZACION DE
SERVICIOS DE SALUD
(ESTUDIO CASO 83-88)***

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN CIENCIAS POLITICAS
Y ADMINISTRACION PUBLICA
PRESENTA
MA. DEL CARMEN LUCIA PEREZ MORALES

MEXICO, D.F., ENERO DE 1992

FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

PAG.

PRESENTACION

INTRODUCCION

1

1. ANALISIS COYUNTURAL

1.1 CONTEXTO GLOBAL

11

1.2 CONTEXTO LOCAL

20

1.3 EL DISCURSO EN EL PLANO DE LA ECONOMIA POLITICA

26

2. DESCENTRALIZACION

2.1 CONSIDERACIONES GENERALES

37

2.2 ACEPCIONES

39

2.3 CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA DESCENTRALIZACION

44

2.4 DESCENTRALIZACION-FEDERALISMO

49

2.5 ESTRATEGIA DESCENTRALIZADORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

54

2.6 DESCENTRALIZACION FUNCIONAL

56

3. INSTRUMENTACION DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACION (CASO SERVICIOS DE SALUD SSA)

3.1 ENTORNO INSTITUCIONAL

67

3.2 MODELO ADMINISTRATIVO INSTITUCIONAL DE DESCENTRALIZACION

72

3.3 CARACTERISTICAS GENERALES DE INSTRUMENTACION

74

3.4 INSTRUMENTACION JURIDICA

78

3.5 INSTRUMENTACION TECNICA

93

4. LA RESPUESTA SOCIAL DE LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	
4.1 EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	131
4.2 EL ESTADO Y SUS INSTITUCIONES DE SALUD	141
4.3 LA RESPUESTA SOCIAL DE LA POLITICA DESCENTRALIZADORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	149

CONCLUSIONES 185

PROPUESTA 196

BIBLIOGRAFIA 212

ANEXOS

- DECRETO DEL 30 DE AGOSTO DE 1983
- DECRETO DEL 8 DE MARZO DE 1984
- ACUERDO DE COORDINACION PARA LA INTEGRACION ORGANICA Y
DESCENTRALIZACION OPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD.
- CONVENIO DE APOYO LOGISTICO
- ACUERDO EN MATERIA DE ADMON DE RECURSOS FINANCIEROS
- ACUERDO PARA ESTABLECER EL PROGRAMA INTEGRAL DE FINAN-
CIAMIENTO
- ACUERDO DE COORDINACION PARA LA EXENCION DE CUOTAS
DE RECUPERACION
- ACUERDO DE COORDINACION PARA DESCENTRALIZAR FUNCIONES
DE CONTROL Y REGULACION SANITARIA
- CONVENIO PARA FORMALIZAR LA TRANSFERENCIA DE OBRA PUBLICA
- CONVENIO DE COORDINACION EN MATERIA DE ENSEANZA Y CAPA-
CITACION

PRESENTACION

EL PRESENTE TRABAJO ES UN ANALISIS ACERCA DE LA ADMINISTRACION-PUBLICA DE LA SALUD, ESPECIFICAMENTE DE AQUELLA QUE SE ENCARGA-DE ATENDER A POBLACION ABIERTA.

INTERES QUE SURGE:

POR UNA PARTE, POR CONSIDERAR QUE LA SALUD ES UNA DE LAS EMPRE-SAS DE MAYOR TRASCENDENCIA SOCIAL, SOBRE TODO LA QUE SE ENCARGA COMO EN ESTE CASO DE LOS GRUPOS MAS DESPROTEGIDOS DE LA SOCIE - DAD QUE VIVEN EN CONDICIONES DE POBREZA O MARGINALIDAD, Y PARA- LOS CUALES LA SALUD REPRESENTARIA UNA DE LAS VIAS POR LAS CUA - LES PUDIERAN RECIBIR UNA REDISTRIBUCION SOCIAL DEL INGRESO.

POR OTRA PARTE, PORQUE A TRAVES DEL ANALISIS DE LA FORMA DE AD- MINISTRAR LA SALUD DE LAS INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES, PODE - MOS ESTUDIAR EL COMPORTAMIENTO GENERAL ACTUAL (PROBLEMÁTICA) DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL, EL CUAL CONSIDERAMOS ES NECE - SARIO SE INCIDA PARA TRATAR DE MODIFICARLO Y DARLE UN NUEVO CAU - CE DENTRO DE LO POSIBLE, CON EL PROPOSITO DE QUE A TRAVES DE SU ACTIVIDAD SE LOGREN EFECTOS REALES Y POSITIVOS EN LO SOCIAL.

Y POR EL INTERES PERSONAL DE HACER EL SEGUIMIENTO DE LA EVOLU - CION LEGAL, ADMINISTRATIVA Y RESULTADOS SOCIALES DE UNA POLITI - CA SEXENAL, LA DESCENTRALIZACION.

DESCENTRALIZACION QUE EN NUESTRO AMBITO DE ESTUDIO SE APLICO AL AREA DE LA SALUD, PROYECTO EN EL QUE PARTICIPAMOS DIRECTAMENTE - Y EL CUAL NOS ARROJABA MULTIPLES INTERROGANTES E INQUIETANTES - REALIDADES CONFORME SE DESENVOLVIA.

LOS ASPECTOS QUE NOS INQUIETABAN, NOS PARECIA RECONOCER Y QUE - DESDE NUESTRO PUNTO DE VISTA PERMEABAN TODO EL PROCESO ERAN:

QUE LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD SUSTENTABA - UNA PREOCUPACION PRIMORDIAL (CASI PODRIAMOS DECIR UNIDIRECCIO -

NAL) POR EL CARACTER POLITICO DEL PROCESO.

LA DESCENTRALIZACION QUE SE ESTABA APLICANDO NO SE RELACIONABA CON EL CONCEPTO CLASICO DE ESTE TERMINO.

LA DESCENTRALIZACION DENTRO DEL MARCO JURIDICO Y ADMINISTRATIVO SUIGENERIS EN QUE SE ESTABA REALIZANDO AL PARECER NO MODIFICABA SUSTANCIALMENTE LAS RELACIONES EXISTENTES.

LA DESCENTRALIZACION CONDUCA APARENTEMENTE A UNA MAYOR SOFISTICACION ADMINISTRATIVA POR PARTE DE LA FEDERACION, MISMA QUE CONTRARIAMENTE A LO ESPERADO PARECIA INDUCIR O POSIBILITAR UNA -- FUERTE DEPENDENCIA DE LOS ORGANOS ESTATALES DE SALUD.

LA DESCENTRALIZACION DE ACUERDO AL CONVENIO ESTABLECIDO DEJABA LOS RECURSOS PROPIAMENTE EN MANOS DE LA SSA (MATERIALES, HUMANOS, Y FINANCIEROS, EN SU CARACTER DE ENTE PATRONAL A LA VEZ -- QUE ENCADENABA EN GENERAL EL PROYECTO DESCENTRALIZADOR AL CUD).

LA DESCENTRALIZACION NO ARROJABA CLARIDAD SOBRE SU INCIDENCIA -- EN EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION ABIERTA, EN ALGUN MOMENTO INCLUSO PARECIA QUE SE PRESENTABA UN ESTANCAMIENTO Y/O HASTA UN RETROCESO .

LA DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA EN LOS TERMINOS QUE SE INSTRUMENTABA DABA LA IMPRESION DE GENERAR UN EFECTO CONTRARIO AL BUSCADO, ESTO ES PARECIA QUE DEBILITABA EN GENERAL A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS EN LUGAR DE FORTALECERLAS.

NUESTRO PROPOSITO AL TRATAR DE ANALIZAR LOS ELEMENTOS IDENTIFICADOS Y DE SUS POSIBLES INTERRELACIONES, ES EL DE ARROJAR ALGUNA LUZ SOBRE EL SIGNIFICADO QUE PARA LA SALUD DE LA POBLACION -- ABIERTA (MARGINADOS), LA ADMINISTRACION GUBERNAMENTAL DE LA SALUD Y PARA EL PROPIO GOBIERNO, TUVO ESTE PROCESO DESCENTRALIZADOR.

NUESTRO INTERES NO ESTA MOTIVADO POR UN ANIMO DESTRUCTIVO NI PE SIMISTA, SINO CON LA INTENCION DE TRATAR DE INFLUENCIAR EL AC - TUAL MARCO DECISIONAL Y VALORATIVO PREDDOMINANTE EN LA SSA. Y - QUIZA CONDICIONAR HACIA UNA INTERACCION MAS FECUNDA ENTRE LO PO LITICO, LO TECNICO Y LO SOCIAL Y EN LO FUTURO SE SELECCIONEN MO DALIDADES MAS RACIONALES Y ADECUADAS PARA LA TRANSFORMACION DE- LA PRACTICA SANITARIA Y ADMINISTRATIVA QUE GARANTICEN COBERTURA, CALIDAD EN LOS SERVICIOS Y SOBRE TODO SE SUSTENTE EN NECESIDA - DES REALES. REQUERIMIENTO IMPOSTERGABLE POR SER LA SALUD, COMO- YA LO HABIAMOS MENCIONADO UNA DE LAS EMPRESAS DE MAYOR TRASCEN- DENCIA SOCIAL.

SABEMOS QUE ESTO QUE DESEAMOS NO ES FACIL Y QUE EL PROBLEMA DE- LA CENTRALIZACION DESCENTRALIZACION ES UN VIEJO PROBLEMA, Y QUE ESTE SE HA IDO COMPLICANDO CON EL CORRER DE LOS ANOS POR SU RE- LACION CON DIVERSOS AMBITOS QUE LO CONDICIONAN, COMO SON LAS PO LITICAS ECONOMICAS Y LOS DIVERSOS PROYECTOS DE TRANSFORMACION - EN LOS QUE SE LE HA IMPLICADO, CIRCUNSTANCIA COMPLEJA Y POLEMICA DE LA QUE NO HA PODIDO SUSTRARSE LA DESCENTRALIZACION. Y EN ESTE CASO LA APLICACADA A UN CONTEXTO ESPECIFICO COMO ES EL DE- LA SALUD, UN PROYECTO DE TRANSFORMACION QUE RECONOCEMOS COMO AM BICIOSO, PERO AL QUE CONSIDERAMOS DESAFORTUNADAMENTE VACIARON - DE CONTENIDO.

PORQUE DESDE NUESTRO PUNTO DE VISTA LA DESCENTRALIZACION DEBIO- ROMPER AUNQUE SEA EN ALGUNA MEDIDA, CON LA FILOSOFIA CONSERVA - DORA Y CARACTERISTICAS BUROCRATICAS DE UN ESTADO CERRADO ASI CO MO EVITAR LA ABSURDA EXTRAVAGANCIA A LA QUE NOS HA INDUCIDO LA- PSEUDOTECHNIFICACION RELATIVA A LAS DIVERSAS INSTANCIAS DE LA - ACCION DE GOBERNAR.

Y EN TERMINOS OBJETIVOS Y PRACTICOS PARA EL CASO QUE NOS OCUPA- LA DESCENTRALIZACION DE LA ADMINISTRACION DE LA SALUD DEBIO DE- EQUIVALER A DAR VIABILIDAD AL DERECHO CONSTITUCIONAL DE LA SA - LUD, INCREMENTANDO LA COBERTURA, MEJORANDO EL SERVICIO, MEJORAN

DO LAS TASAS DE MORBILIDAD Y SIMPLIFICANDO EL ACCESO DE LOS HABITANTES DEL PAIS A LOS SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD.

INTRODUCCION

LA DESCENTRALIZACION DE SERVICIOS DE SALUD, ES UN PROYECTO POLITICO-ADMINISTRATIVO, QUE LLEVO A CABO LA SECRETARIA DE SALUD EN EL SEXENIO 82-88, MOTIVADO O DERIVADO DEL MANDATO POLITICO DEL EJECUTIVO FEDERAL Y DEL PLAN SEXENAL DE DESARROLLO, LOS QUE SEÑALAN A LA DESCENTRALIZACION COMO UNA DE LAS SIETE TESIS BASICAS PARA LOGRAR EL AVANCE DEL PAIS.

DESCENTRALIZACION QUE CONTRIBUIRIA (OFICIALMENTE) A LA MODERNIZACION Y DEMOCRATIZACION DEL PAIS, REFORZANDO EL FEDERALISMO VIA DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS EN MATERIA DE SALUD ENTRE FEDERACION-ESTADOS Y QUE TAMBIEN CONTRIBUIRIA EN EL LOGRO DE UNA SOCIEDAD IGUALITARIA, A TRAVES DE LA EXTENSION DE COBERTURA DE --SERVICIOS DE SALUD, DE SU MEJORIA Y DE LA EFECTIVIDAD EN EL CUMPLIMIENTO DEL DERECHO SOCIAL A LA PROTECCION A LA SALUD. ACCIONES TODAS ENMARCADAS Y DETERMINADAS POR LA POLITICA DE CAMBIO - ESTRUCTURAL DEL PAIS. (ELEMENTO PREDOMINANTEMENTE ECONOMICO)

LA SSA EN CUMPLIMIENTO A LA POLITICA ESTABLECIDA, INSTRUMENTA ESTRATEGIAS, ELABORA MARCO JURIDICO, DEFINE MODELO DE ORGANIZACION Y DESCENTRALIZA EXITOSAMENTE LOS SERVICIOS DE SALUD EN 14 ENTIDADES FEDERATIVAS.

ESTE ES EL MARCO OFICIAL DEL PROYECTO MOTIVO DE ESTUDIO, DE DON DE SE DESPRENDEN PARA COMPRESION DEL FENOMENO LAS SIGUIENTES INTERROGANTES:

QUE EFECTOS CONLLEVO, QUE EL PROYECTO DESCENTRALIZADOR DE SERVICIOS DE SALUD SE ENMARCARA DENTRO DE LA POLITICA DE CAMBIO ESTRUCTURAL?

BAJO QUE PARAMETROS Y CARACTERISTICAS SE LLEVO A CABO LA DESCENTRALIZACION ?

SE CONSTITUYO LA DESCENTRALIZACION EN UN VEHICULO DE REFORZAMIENTO DE NUESTRA ESTRUCTURA FEDERAL?

ESTA FORMA DE ORGANIZACION (DESCENTRALIZACION) FUE LA RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LAS NECESIDADES SOCIALES DE SALUD DE LA POBLACION ABIERTA ?

VAYAMOS AL DESARROLLO DE ESTAS PREGUNTAS.

LA DESCENTRALIZACION ES UN CONCEPTO QUE HA ESTADO LIGADO A LA EXISTENCIA DEL ESTADO COMO UNA FORMA DE ORGANIZACION POLITICA O ADMINISTRATIVA QUE HA ASUMIDO ESTE, DE ACUERDO AL MOMENTO HISTORICO.

DESCENTRALIZACION, QUE COMO FORMA DE ORGANIZACION Y COMO CONCEPTO SE HA CONFORMADO EN UN ELEMENTO POLEMICO, EN EL TRANSITO DE LOS ESTADOS FEDERALES-UNITARIOS O UNITARIOS-FEDERALES, YA QUE SE LE HA HECHO PARTICIPAR EN DICHS PROYECTOS POLITICOS DE -- TRANSFORMACION, POR GRUPOS Y TENDENCIAS DISIMBOLAS Y OPUESTAS EN SU LUCHA POR EL ACCESO AL PODER, ES POR ESTO QUE LA VERDADERA NATURALEZA Y TENDENCIAS QUE ASUMA ESTA, EN UN PROYECTO DADO NO PUEDE DEFINIRSE SINO ES A LA LUZ DEL ENTORNO TEMPORAL DONDE SE INSERTE (ECONOMICO, POLITICO, SOCIAL).

MOTIVO POR EL CUAL EN EL PRESENTE TRABAJO, NOS AVOCAMOS A ANALIZAR COMO ELEMENTO PREDOMINANTE HISTORICO QUE ENMARCA LA VIABILIDAD DE LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EL ENTORNO ECONOMICO, YA QUE LA TENDENCIA ASUMIDA EN EL PERIODO DE ESTUDIO POR LA ADMINISTRACION GUBERNAMENTAL (EN TURNO) EL NEOLIBERALISMO MODIFICA LA NATURALEZA DEL ESTADO, EL ESTADO MEXICANO DEJA DE SER UN ESTADO INTERVENCIONISTA Y PASA A SER UN ESTADO LIBERAL, LO QUE CONLLEVA A UN CAMBIO EN SUS PRINCIPIOS, FUNCIONES... (POLITICA DE CAMBIO ESTRUCTURAL).

EL NEOLIBERALISMO EXIGE ENTRE OTRAS COSAS, LA PRESENCIA DE UN ESTADO FUERTE (REFORZAMIENTO PRESIDENCIALISMO), CONCENTRACION ECONOMICA, CONCENTRACION TERRITORIAL (CENTROS DE PRODUCCION Y SERVICIOS), CENTRALIZACION ADMINISTRATIVA (GOBIERNO TECNOCRATI

CO Y CENTRALIZADO AL FRENTE), ELEMENTOS CONTRARIOS A LA IDEA DE DESCENTRALIZACION, AUNADO A LA CANCELACION DE LA PARTICIPACION ECONOMICA DEL ESTADO, REDUCCION DE GASTO PUBLICO, EN MATERIA DE BIENESTAR SOCIAL GASTO RECESIVO Y DESPLAZAMIENTO DE RESPONSABILIDAD EN ESTA AREA HACIA LOS DIVERSOS SECTORES SOCIALES.

ESTA MODIFICACION Y CONDICIONAMIENTO DEL ESTADO POR EL MODELO ECONOMICO ADOPTADO LUEGO ENTONCES HACE INVIABLE PARA LA ADMINISTRACION CENTRAL DEL GOBIERNO, EN LO REFERENTE A SERVICIOS SOCIALES DE BIENESTAR, CUALQUIER ACTO VERDADERAMENTE DESCENTRALIZADOR, NO SIGNIFICANDO LO MISMO PARA LA ADMINISTRACION PARAESTATAL, LA QUE FORMA PARTE DEL PROYECTO ECONOMICO Y SE DESINCORPORA O DESCENTRALIZA RAPIDAMENTE.

ES DENTRO DE ESTA CIRCUNSTANCIA DE MODIFICACION ESTATAL, QUE LA SSA, LLEVA A CABO EL PROYECTO DE DESCENTRALIZACION DE SERVICIOS DE SALUD, EL QUE DESDE NUESTRO PUNTO DE VISTA PERMITE AL ESTADO CUBRIR UNA DOBLE FUNCION, POR UNA PARTE OBTENER CONSENSO SOCIAL ES DECIR LEGITIMARSE ANTE EL VIOLENTO DETRIMENTO DEL NIVEL DE VIDA QUE PARA LAS MAYORIAS HA OCASIONADO EL CAMBIO ESTRUCTURAL DE LA ECONOMIA, ESTO ES POSIBLE POR LA RELACION QUE LA SALUD TIENE CON CONCEPTOS DE BIENESTAR Y JUSTICIA SOCIAL Y QUE PRESENTA AL ESTADO PREOCUPADO POR RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE LA SOCIEDAD MEXICANA TIENE EN ESTE PERIODO DE CRISIS Y POR OTRA LE PERMITE REALIZAR SIN VIOLENCIA SOCIAL LOS CAMBIOS DE LOS INTERESES QUE EL MISMO REVISTE, LA CLASE EN EL PODER.

LA DESCENTRALIZACION QUE SE APLICA A LOS SERVICIOS DE SALUD ES UNA DESCENTRALIZACION SUIGENERIS, DADO EL PROCESO DE CAMBIO ESTRUCTURAL MENCIONADO Y LOS ANTECEDENTES DE UN REGIMEN FEDERAL COMO EL NUESTRO QUE EN LA PRACTICA SE HA REVELADO CENTRALIZADOR (CONCENTRADOR DE ATRIBUCIONES, RECURSOS FISCALES...).

CENTRALIZACION QUE SE ARGUMENTA SE DA PARA PRESERVAR DE LOS POSIBLES PELIGROS LA UNIDAD DEL ESTADO, ELEMENTO QUE SIRVE PARA

INGRESAR AL CONCEPTO DESCENTRALIZACION EL TERMINO DE TUTELA. EL CUAL A SU VEZ, HACE CAER SOBRE LA ADMINISTRACION DESCENTRALIZADA LA JERARQUIA FEDERAL.

EN ESTOS TERMINOS, LA DESCENTRALIZACION QUE SE APLICA A LOS SERVICIOS DE SALUD, CORRESPONDE, A UNA DESCENTRALIZACION DE ENTES FUNCIONALMENTE DESCENTRALIZADOS EN 100% RETOMADA DEL DERECHO ADMINISTRATIVO ESPAÑOL, PAIS UNITARIO, APLICADA SIN MODIFICACIONES Y/ O ADECUACIONES A NUESTRA REALIDAD. (POR LO MENOS FORMALMENTE FEDERAL).

SITUACION QUE DEJA EN LA MISMA RELACION CENTRO-PERIFERIA A FEDERACION Y ESTADOS, ESTO ES, SIN MODIFICACIONES POLITICAS Y ADMINISTRATIVAS DE FONDO.

PARA NUESTRO ESTADO FEDERAL ESTA FIGURA JURIDICA IMPLICARIA UNA DESCONCENTRACION (YA EXISTENTE DESDE 1933) Y PARA UN ESTADO UNITARIO REPRESENTARIA UNA DESCENTRALIZACION.

LOS ELEMENTOS QUE CONFIRMAN ESTA AFIRMACION EN EL MODELO INSTITUCIONAL DE DESCENTRALIZACION SON: LA FEDERACION RETIENE EL MANEJO FINANCIERO DEL NUEVO ENTE, EFECTUANDO A LOS ESTADOS LA ASIGNACION VIA CUD (ELEMENTO CENTRALIZADOR), SE RESERVA SU CALIDAD PATRONAL RESPECTO DE LOS TRABAJADORES, MANTIENE LA DIRIGENCIA NACIONAL DE LOS MISMOS ENGARZANDOLOS AL SINDICATO Y ENTREGA SOLO EN COMODATO LOS RECURSOS MUEBLES E INMUEBLES CON QUE CUENTEN LAS UNIDADES DESCENTRALIZADAS. (COMO SE PUEDE OBSERVAR ESTE TIPO DE DESCENTRALIZACION NO TIENE RELACION CON EL CONCEPTO DE LA TEORIA CLASICA, Y QUE DESDE NUESTRO PUNTO DE VISTA ESTE ULTIMO SERIA EL QUE CORRESPONDERIA A UN PAIS FEDERAL).

LAS NUMEROSAS ACCIONES JURIDICAS QUE SE EMITIERON PARA SUSTENTAR EL PROCESO, TANTO POR LA VIA LEGAL (CONSTITUCION, LEYES, DECRETOS), COMO POR LA CONVENCIONAL (ACUERDOS, CONVENIOS), NO APORTARON ELEMENTOS DESCENTRALIZADORES SINO TODO LO CONTRARIO, -

LA TENDENCIA FUE REFORZAR LA CENTRALIZACION. (DE HECHO ESTABLECEN JURIDICAMENTE LOS AMARRES QUE ACABAMOS DE MENCIONAR FINANCIEROS, HUMANOS , MATERIALES), ASI MISMO NO DISTRIBUYEN COMPETENCIA, DEJAN LA MISMA AMBIGUEDAD U OSCURIDAD DEL ART. 124 - CONSTITUCIONAL Y A TRAVES DE LA VIA CONVENCIONAL, ES DECIR DE ACUERDOS BASICAMENTE ADMINISTRATIVOS FLEXIBILIZAN EL PROCESO DEL CENTRALIZADOR DE TAL FORMA QUE ESTE PUEDE INCUMPLIRSE O REVERTIRSE EN CUALQUIER MOMENTO.

LA PARTE TECNICA QUE SE INSTRUMENTA PARA SOPORTAR EL PROCESO, - DESTACA LA VERTICALIDAD Y UNILATERALIDAD DE MECANISMOS (GRUPOS) NORMAS E IDENTIFICA QUE EL MODELO DE ORGANIZACION (ESTRUCTURA A IMAGEN Y SEMEJANZA DEL NIVEL CENTRAL Y EL REPARTO O DISTRIBUCION DE FUNCIONES), TIENDEN A CENTRALIZAR, HACIENDO DEL PROCESO UN SIMPLE ACTO COSMETICO.

EL MODELO ADMINISTRATIVO DE DESCENTRALIZACION, NO ADQUIERE O A SUME SU CABAL EXPRESION (EN TERMINOS DE EFECTIVIDAD O NO) POR SI MISMO, SINO, EN RELACION A LOS RESULTADOS QUE APORTE EN EL AMBITO EN QUE SE APLIQUE, EN ESTE CASO LA SALUD DE LA POBLACION ABIERTA, HAGAMOS LA CONFRONTACION EN RELACION A ESTA.

REVISEMOS UN POCO EL MARCO DE LA SALUD EN EL PAIS, PARA LUEGO ENGARZARLO CON EL MODELO APLICADO DE DESCENTRALIZACION.

COMO SE SABE LA SALUD DE UNA SOCIEDAD, ESTA DETERMINADA EN FORMA PRIMARIA POR LA ESTRUCTURA ECONOMICA QUE PREVALEZCA EN EL -- PAIS, YA QUE A PARTIR DE ESTA, SE ESTABLECEN, LAS CONDICIONES MATERIALES DE VIDA Y DE TRABAJO, QUE SON LAS PRINCIPALES DETERMINANTES DE LA PATOLOGIA, (CAUSAS FUNDAMENTALES DE MORBILIDAD, MORTALIDAD, ESPERANZA DE VIDA Y EL ACCESO REAL DE LOS INDIVIDUOS A LOS SERVICIOS MEDICOS).

EN MEXICO LAS DIFERENCIAS EN LOS DANOS A LA SALUD POR CLASE SOCIAL SON MUY EVIDENTES, CARACTERIZANDOSE EL PAIS POR LA LLAMADA

PATOLOGIA DE LA POBREZA (TIPIFICADA ESTA POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS COMO ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, DIARREAS...)

LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN MEXICO SE ENMARCAN GENERICAMENTE Y CON DIFERENTES MATICES EN UN ESQUEMA DE ASISTENCIA PUBLICA EL QUE ESTABLECE UN ACCESO POR GRUPO SOCIAL, ACCESO QUE DEPENDE DE LA FORMA EN QUE LOS INDIVIDUOS SE INSERTEN EN EL APARATO PRODUCTIVO DEL PAIS.

ESTE REPARTO DE INSTITUCIONES POR CLASE SOCIAL, RESALTA LA DESIGUALDAD DE RECURSOS (FINANCIEROS, HUMANOS, MATERIALES, TECNOLOGICOS...), EN LA ATENCION DE LA SALUD, ASI LOS BENEFICIOS DE LA ATENCION MEDICA A POBLACION ABIERTA (MARGINADOS, MOTIVO DE ESTE ESTUDIO), PARA PROPORCIONARLES UN MEJOR NIVEL DE VIDA, EN TERMINOS REALES, SE VUELVE ALGO RELATIVO.

VEMOS ASI COMO TANTO LA ESTRUCTURA ECONOMICA DE UN PAIS, COMO LA FORMA Y POSICION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DENTRO DEL SISTEMA TOTAL DE SALUD, PUEDE DEJAR EN CIERTA RELATIVIDAD LA ACCION O RESULTADOS DEL MODELO ADMINISTRATIVO APLICADO (DESCENTRALIZACION), PERO SI A ESTO AUNAMOS LA INMOVILIDAD EN LA ORGANIZACION, Y LA FALTA DE IMPACTO DEL NUEVO MODELO ADMINISTRATIVO APLICADO, LA SITUACION DE SALUD DE LA POBLACION ABIERTA SE RECURRE, COMO EN SEGUIDA LO CORROBORAREMOS. ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS MOSTRARON TASAS MAYORES DE MORBIMORTALIDAD, QUE ESTADOS CON SERVICIOS NO DESCENTRALIZADOS.

LOS EFECTOS QUE EL MODELO DE DESCENTRALIZACION APORTO, A LA SALUD DE LA POBLACION ABIERTA (FIN ULTIMO), SE ANALIZARON EN CUANTO A RESULTADOS O MODIFICACIONES EN LOS NIVELES DE SALUD, ES DECIR TASAS DE MORBILIDAD, MORTALIDAD, INCREMENTO DE COBERTURA, - TASAS QUE NO SIGNIFICAN OTRA COSA QUE LA FORMA DE OPERAR DE LAS UNIDADES BAJO EL SISTEMA DESCENTRALIZADO.

ENCONTRAMOS QUE NO SE PRESENTO UN INCREMENTO DE COBERTURA, COMO

LO PLANTEARON LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DESCENTRALIZADOR, SINO POR EL CONTRARIO DISMINUYO EN CERCA DE 5 MILLONES, PASANDO ESTA COBERTURA AL IMSS Y EXISTIENDO OFICIALMENTE POR LO MENOS UNOS 9 MILLONES DE PERSONAS SIN COBERTURA.

NO SE MODIFICO LA PATOLOGIA EXISTENTE, ESTA EXISTE EN EL PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DEL PAIS DESDE HACE 30 AÑOS, ENFERMEDADES PRE DOMINANTEMENTE INFECTO-CONTAGIOSAS (UN PAIS QUE LOGRA UN BUEN - NIVEL DE SALUD SU POBLACION MUERE EN EDADES AVANZADAS, POR ENFERMEDADES DE TIPO CRONICO DEGENERATIVO). ASI MISMO NO DECRECIERON LAS TASAS DE MORBILIDAD DE LAS PATOLOGIAS DE LA POBREZA, SI NO QUE SE INCREMENTARON (A NIVEL NACIONAL) Y EN FORMA SOBRESALIENTE EN LOS ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS.

EN LA MORTALIDAD, HAY UN DESCENSO APARENTE, QUE ALGUNOS AUTORES COMENTAN SE DEBE AL CRECIMIENTO ACELERADO DE LA POBLACION Y SU REJUVENECIMIENTO, Y QUE SI NUESTRA ESTRUCTURA POBLACIONAL FUERA COMO LA DE E.U.A. O EUROPA, LA MORTALIDAD SERIA 3 VECES MAYOR A LA DE ELLOS, LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE SON ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS LAS MISMAS DE HACE 30 AÑOS, Y LA TASA DE MAYORES MUERTES POR ESTOS RUBROS, LAS OBSERVAN LOS ESTADOS CON -SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS.

SEGUN ALGUNOS AUTORES, EL PANORAMA EPIDEMIOLOGICO PRESENTADO O SEA EL COMPORTAMIENTO ENFERMEDAD-MUERTE SE ASEMEJA AL DE LOS -PAISES EUROPEOS EN LAS FASES INICIALES DE LA REVOLUCION INDUSTRIAL (PANORAMA NADA HALAGANTE, EN DONDE SE DENOTA QUE EL MODELO DE DESCENTRALIZACION APLICADO NO MOSTRO SUS BONDADES), PADECIMIENTOS QUE COMENTAN PUEDEN SER PREVENIBLES O POR LO MENOS REDUCIBLES A TRAVES DE UNA INTERVENCION SANITARIO-ASISTENCIAL EFICIENTE. SIN EXCUSARSE EN LA ESTRUCTURA ECONOMICA, EN LA INFRA ESTRUCTURA EXISTENTE Y EN LOS RECURSOS FINANCIEROS, LA MAYOR -RESPONSABILIDAD ES INSTITUCIONAL, ES DECIR, LOS RESULTADOS SE HARAN PALPABLES CUANDO LA INSTITUCION(S), NO ASUMA(N) UN CARACTER MERAMENTE POLITICO SINO DE SOLUCIONES PRACTICAS.

1. ANALISIS COYUNTURAL

PARA HABLAR DE DESCENTRALIZACION EN EL PERIODO SELECCIONADO DE ESTUDIO, AÑOS 83-88, DESDE NUESTRO PUNTO DE VISTA, SE HACE NECESARIO HABLAR DEL CONTEXTO DENTRO DEL QUE SURGE ESTA POLITICA GUBERNAMENTAL, DESTACANDO EN FORMA ENFATICA Y PRIORITARIA EL EN TORNO ECONOMICO DEL PAIS PARA EL AÑO DE 1982. YA QUE CONSIDERAMOS QUE EL COMPLEJO PANORAMA EN QUE SE ENCUENTRA LA ECONOMIA DURANTE LA SUCESION PRESIDENCIAL DE MIGUEL DE LA MADRID, DEFINIO Y PERMEO LA POLITICA GUBERNAMENTAL BAJO LA QUE SURGIERON LOS PROGRAMAS DE GOBIERNO Y CON ELLOS LOS PROYECTOS Y ESTRATEGIAS NACIONALES A SEGUIR, ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRA INSERTA LA MATERIA DE ESTUDIO LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

POR QUE ESTA PRIORIDAD A LA ECONOMIA, PORQUE EL MODELO ECONOMICO EN EL QUE SE INSERTA EL PAIS, EN EL PERIODO DE ESTUDIO, NEOLIBERALISMO FRIEDMANIANO, PRESUPONE LA MODIFICACION SUSTANCIAL DEL ESTADO, ESTO ES MODIFICA SU CONCEPCION, SUS POSTULADOS, SUS PRINCIPIOS, SU PAPEL, SUS ORIENTACIONES, SU DISCURSO, SUS FUNCIONES, SU ESTRUCTURA, EN SUMA SU ESENCIA.

CIRCUNSTANCIA QUE INCIDE INELUDIBLEMENTE EN LA POLITICA ECONOMICA GUBERNAMENTAL, EN CUANTO A PRIORIDADES, PRESUPUESTO (GASTO RECESIVO EN LO SOCIAL Y DESPLAZAMIENTO DE ESTAS OBLIGACIONES HACIA LOS DIVERSOS SECTORES SOCIALES) Y EN GENERAL EN LA FORMA DE ADMINISTRAR LAS DEPENDENCIAS PUBLICAS CENTRALES Y PARAESTATALES ASI MISMO REPERCUTE EN EL MANEJO Y ALCANCE DE LA POLITICA DESCENTRALIZADORA DE LA ADMON PUBLICA, LLEVANDOSE A CABO UNA DESCENTRALIZACION COSMETICA EN EL AMBITO CENTRAL Y UNA DESCENTRALIZACION-DESINCORPORACION EN EL AMBITO PARAESTATAL.

ESTO ES ASI PORQUE EL MODELO ECONOMICO REQUIERE:

LA DESAPARICION DE LA FUNCION ECONOMICA DEL ESTADO (CASO PARAESTATALES).

A LA VEZ QUE PRECISA UNA FUERTE CENTRALIZACION EN OTROS AMBITOS

CENTRALIZACION POLITICA.- REFORZAMIENTO DEL PRESIDENCIALISMO, EN CONTRAPOSICION A NUESTRA ESTRUCTURA FEDERAL DE REPARTO Y - - EQUILIBRIO DE PODERES.

REQUIERE LA PRESENCIA DE UN ESTADO FUERTE (AUTORITARISMOS) Y LA CANCELACION O FRACTURACION DE PROCESOS DEMOCRATICOS.

CENTRALIZACION ECONOMICA.- CONCENTRACION DE CAPITAL EN FAVOR DE GRANDES EMPRESAS NACIONALES Y TRANSNACIONALES, CANCELANDO LA ECONOMIA INTERVENCIONISTA DE ESTADO.

CENTRALIZACION TERRITORIAL.- CENTROS DE PRODUCCION Y SERVICIOS-CONCENTRADOS

CENTRALIZACION ADMINISTRATIVA.- EL PROCESO REQUIERE DE UN GOBIERNO TECNOCRATICO Y CENTRALIZADO AL FRENTE.

ELEMENTOS QUE SE MUESTRAN CONTRARIOS A LA POLITICA DESCENTRALIZADORA APLICADA A LA ADMINISTRACION PUBLICA CENTRAL, LOS QUE - SIN EMBARGO FORMAN SU ENTORNO Y QUE DE INICIO PODRIAN HACER INVIABLE EL PROYECTO QUE NOS OCUPA, LA DESCENTRALIZACION DE LOS - SERVICIOS DE SALUD.

REVISEMOS LA INTERACCION ENTRE MODELO ECONOMICO Y MODELO DE ESTADO, SUS REPERCUSIONES EN LA POLITICA ECONOMICA DEL PAIS, REFLEJADA EN LOS PROGRAMAS DE GOBIERNO Y EN LOS PROYECTOS INSTITUCIONALES DE RESPUESTA SOCIAL, COMO ES LA SALUD.

NO OLVIDANDO ASI MISMO, QUE EL DESARROLLO ECONOMICO QUE CONLLEVE UN MODELO ECONOMICO, ES EL ELEMENTO MAS RELEVANTE E INDISOLUBLEMENTE PRIMARIO A LA SITUACION O NIVEL DE SALUD DE UN PAIS.

DESARROLLO ECONOMICO QUE DERIVARA: DE LOS ANTECEDENTES DEL PAIS DENTRO DE LA HISTORIA DEL SISTEMA ECONOMICO CAPITALISTA, DE LA MECANICA PROPIA DEL MODELO ACTUAL EN MARCHA Y DE LA POSICION -

QUE A TRAVES DE ESTE, SE LE DE AL PAIS, EN EL MARCO DE LA DIVISION INTERNACIONAL DE LA PRODUCCION Y DEL TRABAJO O SEA DENTRO DE LAS NUEVAS RELACIONES INTERNACIONALES.

1.1 CONTEXTO GLOBAL

1982, MEXICO SE ENCUENTRA EN CRISIS ECONOMICA, CUYO ORIGEN SE DERIVA DEL AGOTAMIENTO DEL PATRON DE DESARROLLO POSTBELICO ADOPTADO EN EL PAIS EN LOS AÑOS 40. AGOTAMIENTO QUE ESTA ESTRECHAMENTE VINCULADO Y DETERMINADO POR LA MECANICA Y EVOLUCION INTERNACIONAL DE LA ECONOMIA CAPITALISTA. A LA VEZ QUE SE PREPARA, (CONDICIONADO POR ORGANISMOS INTERNACIONALES VIA CREDITO) PARA ASUMIR LA NUEVA TENDENCIA INTERNACIONAL DE LA ECONOMIA, DETERMINADA POR LOS PAISES HEGEMONICOS, EL NEOLIBERALISMO.

REVISEMOS LA EVOLUCION INTERNACIONAL DE LA ECONOMIA, RETOMANDO ALGUNOS ANTECEDENTES Y ASI UBICAR LA SITUACION DE MEXICO EN 82.

AL CONCLUIR LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL, SURGE A LA ESCENA EUA. - COMO EL PAIS HEGEMONICO EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL, HEGEMONIA QUE SE EXTIENDE EN TODOS LOS PLANOS, TECNOLOGICO, PRODUCTIVO, - COMERCIAL, FINANCIERO Y MILITAR.

HEGEMONIA QUE SE DERIVA DEL EXITO OBTENIDO POR SU INTERVENCION EN LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL, QUE GENERO AUGE EN SU SECTOR INDUSTRIAL Y BELICO, DANDOLE GRAN COMPETITIVIDAD EN EL AMBITO ECONOMICO, "AUNADO A LA SITUACION DE DESTRUCCION PARCIAL Y SUBORDINACION MILITAR EN QUE QUEDARON LA MAYOR PARTE DE LAS POTENCIAS INDUSTRIALES DESPUES DE LA GUERRA, EUROPA Y JAPON REQUERIAN EN ESE MOMENTO DE APORTES EXTERNOS PARA LEVANTAR SUS ECONOMIAS Y - ESTABAN PLENAMENTE DISPUESTOS A ACEPTAR LA DIRECCION NORTEAMERICANA, LA UNION SOVIETICA NO ERA UN COMPETIDOR ECONOMICO DE PRI-

NERA LINEA, E INCLUSO SU CAPACIDAD MILITAR E INDUSTRIAL HABIAN SIDO MERMADAS POR LA GUERRA. EN CUANTO AL SUR, ERA UNA REALIDAD NACIONAL AUN INEXISTENTE, SALVO EN AMERICA LATINA EN DONDE LA - HEGEMONIA NORTEAMERICANA ERA UN FENOMENO ANTERIOR A LA GUERRA.

EN TALES CONDICIONES, ERA NATURAL QUE LA PRODUCCION INDUSTRIAL-NORTEAMERICANA LLEGARA A SER 50% DE LA PRODUCCION MUNDIAL EN - 1948, QUE EL PATRON DOLAR SE IMPUSIERA CON FACILIDAD EN EL MUNDO Y QUE LAS INVERSIONES NORTEAMERICANAS ENCONTRARAN ACOGIDA EN CASI TODOS LOS PAISES". (1)

ESTA INSERCIÓN INTERNACIONAL DE ESTADOS UNIDOS EN LA ECONOMIA - IMPLICÓ EN SU ESENCIA Y MECANICA ACCIONES DE EXPANSION COMERCIAL, EXPANSION FINANCIERA, ASI COMO LA INTEGRACION DE CORPORACIONES TRANSNACIONALES TANTO EN PAISES DESARROLLADOS COMO SUBDESARROLLADOS DEL AREA CAPITALISTA; ACCIONES QUE EMPRENDE PARA GARANTIZAR LA HEGEMONIA DEL GRAN CAPITAL INDUSTRIAL YA QUE SE "EVIDENCIA LA IMPOSIBILIDAD DE MANTENER A TRAVES DE UNA ECONOMIA-INTERNA LOS NIVELES DE EMPLEO, PRODUCCION Y BIENESTAR ALCANZADO SIN ASUMIR DIRECTAMENTE LA GESTION INTERNACIONAL DEL MERCADO". (2)

TUTORIA AMERICANA SOBRE EL SISTEMA ECONOMICO INTERNACIONAL QUE-SE CONSAGRA CON LA PROPUESTA Y ACEPTACION DEL TRATADO DE RELACIONES ECONOMICAS INTERNACIONALES FIRMADO EN BRETON WOODS, EN - 1944, EN EL QUE SE ESTABLECEN COMO REGLAS BASICAS PARA LA OPERACION DE LA ECONOMIA MUNDIAL, LA LIBERACION DEL PROTECCIONISMO - NACIONAL AL COMERCIO Y LA PLENA LIBERTAD DE CIRCULACION DE CAPITALES.

PATRON QUE PERMITE A EUA COMPETIR COMODAMENTE EN EL MERCADO INTERNACIONAL Y LOGRAR UNA GRAN CONCENTRACION DE RECURSOS DEBIDO

(1) MIGUEL INSULZA, EUA DE ROOSEVELT A REAGAN, UNAM 1986, P.16

(2) IBIDEM, P. 12

A SU CAPACIDAD PRODUCTIVA Y FINANCIERA HEGEMONICA.

POR LO QUE PODEMOS DECIR QUE EL ENTORNO DERIVADO DE LA SEGUNDA-GUERRA MUNDIAL PERMITE A EUA DEFINIR Y ORIENTAR A NIVEL INTERNA CIONAL EL DESARROLLO Y TENDENCIAS DE LA ECONOMIA CUYO EJE DE ACUMULACION DE CAPITAL SE DESENVOLVIDO DENTRO DEL MARCO DEL LIBERALISMO ECONOMICO COMBINADO CON UNA VOLUNTAD HEGEMONICA.

REVISEMOS UN POCO EL SIGNIFICADO DE ESTE PROYECTO LIBERAL DE -
EUA.

EL LIBERALISMO ECONOMICO KEYNESIANO ASUMIDO EN LA POSGUERRA Y - EL CUAL SE PROLONGA HASTA LA DECADA DE LOS 70'S, ES UNA TENDENCIA DERIVADA DE LA CRISIS (GRAN DEPRESION) 1929-1933, DE LA QUE SURGE SU FUNDAMENTO BASICO, QUE ES LA INTERVENCION DEL ESTADO COMO REGULADOR DE LA ECONOMIA, AUNQUE SOSTENIDO ESTE BAJO UN - MARCO LIBERAL, ES DECIR DE PREDOMINIO DE LO PRIVADO.

VAYAMOS UN POCO A LOS ANTECEDENTES PARA AMPLIAR EL ENTORNO DEL-
LIBERALISMO.

LA CRISIS 29-33 "NO ES PRODUCTO DE UN ENTRABAMIENTO DEL PROCESO PRODUCTIVO: LA PRODUCTIVIDAD HABIA AUMENTADO SOSTENIDAMENTE EN LA DECADA ANTERIOR. FUE PRECISAMENTE LA EXPANSION SIN PRECEDENTES DE LA PRODUCCION INDUSTRIAL LO QUE PUSO DE MANIFIESTO LA - INADECUACION INSTITUCIONAL Y OCASIONO LA CRISIS...

LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA NO ESTABA IMPEDIDA NI DESTRUIDA; AL CONTRARIO ESTABA EN CONDICIONES DE GENERAR UNA PLUSVALIA CADA VEZ MAYOR, SIEMPRE QUE SE LE PROPORCIONARA ADECUADAS CONDICIONES DE REALIZACION. Y ESAS CONDICIONES INSTITUCIONALES NO PODIAN VENIR DEL LIBRE JUEGO DEL MERCADO (A PESAR DE LA VOLUNTAD DE ALGUNOS-EMPRESARIOS) DEBIA PROVENIR DE UN CAMBIO INSTITUCIONAL A TRAVES DEL ESTADO.

LA CRISIS DEMOSTRO QUE LA MAND INVISIBLE DEL MERCADO Y LOS NEGOCIOS YA NO ERA SUFICIENTE PARA REGULAR LOS GRAVES DESEQUILIBRIOS DESAJUSTES ENTRE ESTRUCTURA PRODUCTIVA (PRODUCCION, PROCESO DE CIRCULACION DE DINERO -CONCENTRACION-, EXTRACCION DE LA PLUSVALIA) Y ESTRUCTURA INSTITUCIONAL SIN LA INTERVENCION DEL ESTADO.

SE REQUERIA EL ESTABLECIMIENTO DE NUEVAS FORMAS INSTITUCIONALES EN LO REFERENTE A LA REGULACION DE EMPRESAS Y SECTORES PRODUCTIVOS Y A LA REDISTRIBUCION DIRECTA E INDIRECTA DEL INGRESO, "MEDIDAS INSERTAS EN UN PROYECTO CAPITALISTA QUE EN MODO ALGUNO SE PLANTEO CONTRARIO A LAS FORMAS DE PROPIEDAD, NI AL PREDOMINIO DE LA EMPRESA PRIVADA SOBRE LA ECONOMIA". (3)

ESTE PROYECTO NACIONAL LIBERAL DE EUA SE INSTALA PLENAMENTE EN LA POSGUERRA Y PARA EL AMBITO ECONOMICO SIGNIFICA "UNA PRESENCIA MUCHO MAS ACTIVA DEL ESTADO PRINCIPALMENTE CON 3 FINES: EL USO DE LA POLITICA FISCAL PARA REGULAR LA DEMANDA AGREGADA, LA REDISTRIBUCION INDIRECTA DEL INGRESO HACIA LOS SECTORES BAJOS DE LA POBLACION (EL WELFARE STATE) Y LA REGULACION DE DETERMINADOS SECTORES DE LA PRODUCCION, EN LO INTERNACIONAL LA ACEPTACION PLENA DE UN PAPEL REGULADOR DEL MERCADO, LA PRODUCCION Y FINANZAS INTERNACIONALES Y POR CONSIGUIENTE EL ESTABLECIMIENTO DE UN NUEVO SISTEMA HEGEMONICO POLITICO Y MILITAR"(4). (COMO NATURAL CONSECUENCIA DE LA AMPLIACION DE FUNCIONES ECONOMICAS E INTERNACIONALES DEL ESTADO SURGE LA EXPANSION SIN CONTRAPESO DEL PODER EJECUTIVO).

MODELO ECONOMICO INTERNACIONAL QUE TIENE UNA CONTINUIDAD HASTA FINALES DE LOS ANOS SESENTA EN DONDE ENTRA EN CRISIS MUNDIAL, O CASIONADA POR EL AGOTAMIENTO DEL PATRON DE ACUMULACION DE CAPITAL, CRISIS CARACTERIZADA POR:

(3) IRIDEM, P. 10

(4) IRIDEM, P. 4

"LA DECLINACION DEL TIPO DE GANANCIA, LA PERDIDA DE DINAMISMO - EN EL RITMO DE ACUMULACION AL TRADUCIRSE LA SOBREPDUCCION DEMERCANCIAS EN CAPACIDAD PRODUCTIVA OCIOSA, SUBUTILIZACION DE LA CAPACIDAD PRODUCTIVA INSTALADA EN LAS ECONOMIAS DESARROLLADAS - (INFLACION, DESEMPLEO), POLITICAS DE CONTRACCION DE CIRCULANTE MONETARIO, FALTA DE OPORTUNIDADES DE INVERSION PRODUCTIVA Y ESPECULACION MONETARIA". (5)

ESTA CRISIS GENERA UNA LUCHA DE CLASES Y PUGNAS INTERCAPITALISTAS EN EL NIVEL MUNDIAL, PERO LA CONTIENDA SE PRESENTA MAS ACENTUADA Y CRECIENTE ENTRE LAS POTENCIAS ECONOMICAS POR ENCONTRAR ACCESOS Y ESPACIOS EN LOS MERCADOS DE LA PERIFERIA PARA TRANSFERIR RECURSOS FINANCIEROS Y SU CAPACIDAD INDUSTRIAL MENOS RENTABLE (AQUI ES DONDE SE ENCADENA MEXICO A LA CRISIS MUNDIAL POR LA ABUNDANCIA Y FACILIDADES QUE LE OTORGAN LAS GRANDES POTENCIAS PARA OBTENER FINANCIAMIENTO).

" LA CRISIS ECONOMICA MUNDIAL, INICIADA EN LOS 70'S Y QUE SE EXTIENDE A LOS 80'S, SE PUEDE RESUMIR COMO UNA CRISIS DE HEGEMONIA, PORQUE EUA HA PERDIDO LAS VENTAJAS ECONOMICAS QUE LE PERMITIERON SUSTENTAR SU DOMINIO DURANTE DECADAS. EN EL PLANO MILITAR SU PODERIO ES SOLO HOY UN EQUIVALENTE AL DE LA UNION SOVIETICA, LA INDEPENDENCIA DE PAISES DEL TERCER MUNDO LE HA PRIVADO DE ACCESO SEGURO A FUENTES IMPORTANTES DE MATERIAS PRIMAS ESTRATEGICAS SE HACEN EVIDENTES SUS CONDICIONES DE INFERIORIDAD EN CUANTO A PRODUCTIVIDAD TECNOLOGICA Y VOLUMENES DE PRODUCCION RESPECTO DE LA COMUNIDAD ECONOMICA EUROPEA, QUIEN ES DESDE HACE ALGUNOS AÑOS LA PRIMERA POTENCIA ECONOMICA JUNTO CON JAPON.

ESTE CAMBIO DE POSICION EN RELACION CON SUS ALIADOS QUIENES YA NO DEPENDEN DE FINANCIAMIENTO, SINO QUIENES AHORA ENTRAN DIREC-

(5) AYALA, BLANCO, CORDERA, KNOCHENHAUER, LABRA; LA CRISIS ECONOMICA EVOLUCION Y PERSPECTIVAS, MEXICO HOY, SIGLO XXI, - 1982, P.P. 28-30

TAMENTE A RIVALIZAR Y DISPUTAR MERCADOS INTERNOS Y EXTERNOS, RI VALIDAD QUE SE EXPRESA YA NO POR MEDIO DE LA TRADICIONAL ELEVA- CION DE INDICES DE PRODUCTIVIDAD, SINO A TRAVES DE LA APLICA- CION DE INSTRUMENTOS MONETARIOS FISCALES Y FINANCIEROS Y EN EL CUAL TAMBIEN SE DENOTA QUE LA CONFRONTACION, SE DA HACIA EL IN- TERIOR DE LAS PROPIAS ECONOMIAS CAPITALISTAS Y NO COMO ORTODOXA MENTE ESTABA PREVISTO QUE SE DARIA CON RESPECTO A LAS ECONOMIAS DEL BLOQUE SOCIALISTA". (6)

LA CRISIS SE PRESENTA ENTONCES COMO "UNA NECESIDAD DE UN REDI - MENSIONAMIENTO DEL PODER ECONOMICO Y MILITAR Y DE LOS MECANIS - MOS DE CONSENSO, ES DECIR DE LA RUPTURA DE LA HEGEMONIA NORTEA- MERICANA Y COMO NEGOCIACION HACIA UN NUEVO SISTEMA DE RELACIO - NES INTERNACIONALES". (7)

LA NUEVA TENDENCIA DE GESTION DE LA POLITICA Y LAS RELACIONES - INTERNACIONALES SE ENMARCA DENTRO DEL PROYECTO NEOLIBERAL DE LA ECONOMIA (POSTULADO POR MILTON FRIEDMAN), QUE SE GESTA Y AVANZA EN LOS AÑOS 70,S.

ESTE NUEVO PROYECTO ECONOMICO, FUNDAMENTA BASICAMENTE QUE EL LI BRE DESARROLLO DE LAS FUERZAS DEL MERCADO, LA LIBRE COMPETENCIA Y LA LIBERTAD DE PRECIOS CONDUCEN POR SI MISMOS A LA MAXIMIZA - CION EN LA ASIGNACION DE RECURSOS EN LA ECONOMIA, ASI MISMO CON DUCEN A LA MAXIMIZACION DE LA PRODUCCION Y CON ELLO AL INCREMEN TO DEL EMPLEO LOGRANDOSE CON ELLO LA MEJOR DISTRIBUCION DEL IN- GRESO EN LA SOCIEDAD, A LA PAR QUE RECHAZA LA INTERVENCION DEL ESTADO EN LA ECONOMIA YA QUE LO CONSIDERA UN ELEMENTO DISTORSIO NADOR DE LA MISMA.

EL DR. GONZALEZ CASANOVA COMENTA EL SIGNIFICADO Y LOS EFECTOS -

(6) JOSE MIGUEL INSULZA, EL CONTEXTO GLOBAL DE LA CRISIS, MEXI- CO ANTE LA CRISIS TOMO 1, SIGLO XXI, MEX 1985, P.34

(7) IRIDEM, P.34

DE ESTA TENDENCIA ECONOMICA MUNDIAL PARA NUESTROS PAISES.

"POCAS VECES EN LA HISTORIA SE HA MENTIDO TANTO EN LAS CIENCIAS SOCIALES, COMO HOY, EL NEOLIBERALISMO ES UNA DE LAS MANIFESTACIONES MAS AGUDAS DEL USO DEL LENGUAJE PARA MENTIR...

EL NEOLIBERALISMO ES UNA IDEOLOGIA Y UNA TECNICA; IDEOLOGIA POR QUE FALSIFICA LA EXPLICACION DE LAS CAUSAS Y NO INDICA LOS VERDADEROS EFECTOS, TECNICA PORQUE SUS POSTULANTES SON DIESTROS EN LA MANIPULACION RETORICA...

EL NEOLIBERALISMO FRIEDMANIANO PROVOCA ENTRE LOS RESULTADOS MAS SIGNIFICATIVOS LA NO PRODUCCION DE LOS PAISES Y EMPRESAS QUE LE HACEN COMPETENCIA AL GRAN CAPITAL MONOPOLICO EXTRANJERO, TRANSNACIONAL Y LOCAL Y ESTO CONDUCE A FENOMENOS CRECIENTES DE INFLACION, CON SISTEMAS DE DEVALUACION CONSTANTE, PERDIDA DE PODER ADQUISITIVO, AUMENTO DEL NUMERO DE DESEMPLEADOS, TODO LO CUAL NATURALMENTE INCIDE EN LA DESIGUALDAD SOCIAL Y ECONOMICA...

LA ALTERACION TEORICA DE LA POLITICA NEOLIBERAL SIRVE PARA PRESIONAR A LOS GOBIERNOS EN SU POLITICA FINANCIERA, FISCAL Y ECONOMICA EN FAVOR DE LA BANCA MUNDIAL Y DEL CAPITAL MONOPOLICO Y TAMBIEN PARA AUMENTAR LAS UTILIDADES Y CONCENTRAR EL CAPITAL EN FAVOR DE LAS GRANDES EMPRESAS NACIONALES Y TRANSNACIONALES Y DEL NUEVO PROTAGONISTA DE LA HISTORIA, LA BANCA MUNDIAL". (8)

ESTA POLITICA INSTRUMENTADA "ESTA ENFOCADA A GENERAR ESTRUCTURAS NACIONALES TRANSNACIONALES QUE PRESERVEN LOS MERCADOS DE VENTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DEL GRAN CAPITAL, NEOCAPITALISMO Y NEOCOLONIALISMO QUE NO ES OTRA COSA QUE LA EXPLOTACION HEGEMONICA DE LAS GRANDES POTENCIAS EN LAS CLASES DOMINANTES AUTOCTONAS". (9)

(8) PABLO GONZALEZ CASANOVA, MEXICO ANTE LA CRISIS MUNDIAL, MEXICO ANTE LA CRISIS TOMO 1, SIGLO XXI MEX 1985, PP. 21-24

TRANSNACIONALIZACION QUE PROPICIA ASI MISMO "LA UNIFICACION DE - LA PRODUCCION DE MERCADOS COMERCIAL Y FINANCIERA CON IMPULSO Y DIRECCION DEL PAIS HEGEMONICO (PARA A.L., EUA)". (10)

CONFORME AVANZA EL NEOLIBERALISMO, EL PROCESO TRANSNACIONALIZADOR SE ACENTUA SENSIBLEMENTE, PROYECTANDO SUS EFECTOS A NIVEL - MUNDIAL, COMO YA HABIAMOS MENCIONADO, INVOLUCRA TANTO A PAISES CAPITALISTAS COMO SOCIALISTAS, LO CUAL SE DENOTA POR UNA FUERTE INTERDEPENDENCIA ECONOMICA ENTRE LOS PAISES CAPITALISTAS DESARROLLADOS, POR UN ENVOLVIMIENTO TOTAL DE LAS ECONOMIAS SUBDESARROLLADAS Y POR UNA AFECTACION EN EL MERCADO DE LAS ECONOMIAS - SOCIALISTAS.

JAIME ESTEVEZ EXPLICA ALGUNOS DE LOS FACTORES QUE SE COMBINARON PARA QUE SE PRODUJERA ESTA "MUNDIALIZACION".

"LA TENDENCIA A LA FABRICA MUNDIAL EN LA ESFERA PRODUCTIVA QUE - INTERNACIONALIZO LA VALORIZACION DEL CAPITAL.

LA BANCARIZACION DE LA ECONOMIA MUNDIAL, QUE MUNDIALIZA EL CIRCUITO DEL DINERO Y GENERA MOVIMIENTOS ESPECULATIVOS A ESCALA - GLOBAL, CREANDO MONEDAS TRANSNACIONALES Y UN MERCADO TRANSNACIONAL DE DINERO, QUE QUITO A LOS ESTADOS NACIONALES (CON LIBRE - CAMBIO DE DIVISAS) EL CONTROL SOBRE SUS POLITICAS MONETARIAS DOMESTICAS.

EL RESURGIMIENTO DEL MONETARISMO EN SU VARIANTE FRIEDMANIANA - QUE EXPRESO EL ASALTO DESDE DENTRO DE LOS PAISES, CONTRA EL ESTADO NACIONAL, COMPLEMENTO DOMESTICO DE LAS TENDENCIAS GLOBALES ENUNCIADAS.

LA CREACION Y AUGE DE LA COMISION TRILATERAL, EXPRESION DEL IN-

(9) IBIDEM, P. 21

(10) J. MIGUEL INSULZA, OP. CIT. MEX ANTE LA CRISIS, P. 31

TENTO DE REMPLAZAR LA HEGEMONIA DE UN SOLO PAIS SOBRE EL CAPI -
TALISMO, POR UNA DIRECCION COLEGIADA Y TRANSNACIONALIZADA.

LA MANIFESTACION DE SERIOS OBSTACULOS ENDOGENOS AL DESARROLLO -
CONTINUO DE LAS ECONOMIAS SOCIALISTAS, EN PARTICULAR LAS DEFI -
CIENCIAS EN LA INNOVACION TECNOLOGICA, LOS INCREMENTOS DE PRO -
DUCTIVIDAD Y LA PRODUCCION AGRICOLA". (11)

TODD ESTE REORDENAMIENTO DE LA ECONOMIA VA ACOMPAÑADO DE UN CAM -
BIO TECNOLOGICO GLOBAL, CUYO EJE AXIAL ES LA MICROELECTRONICA -
LO QUE A SU VEZ CONDUCE A UN REORDENAMIENTO DE ESTRUCTURAS PRO -
DUCTIVAS EN LOS PAISES DESARROLLADOS, QUIENES MODIFICAN SUS PA -
TRONES DE DEMANDA DE EXPLOTACION DE FUERZA DE TRABAJO Y ACUMULA -
CION DE CAPITAL, A LA VEZ QUE TRANSFORMAN TAMBIEN EL FLUJO DE -
INVERSION DE CAPITAL, EL INTERCAMBIO COMERCIAL Y LA DIVISION IN -
TERNACIONAL DEL TRABAJO.

CAMBIOS QUE TIENEN FUERTES REPERCUSIONES EN LAS ECONOMIAS DE -
LOS PAISES SUBDESARROLLADOS ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRA MEXICO Y
LATINOAMERICA, PAISES QUE POR SUS PROPIAS CONDICIONES DE DESVEN -
TAJA ECONOMICA (DEPENDENCIA) AUNADA A LA PROBLEMATICA POLITICA
QUE PRESENTAN (FRACTURACION O CANCELACION DE PROCESOS DEMOCRATI -
COS, CONFRONTACION SOCIAL Y POLITICA POR LA PRESENCIA DE AUTORI -
TARISMOS, INTERVENCION MILITAR O AMENAZA DE ELLO, REPRESION E -
INTOLERANCIA POR PARTE DE GOBIERNOS ANTE DEMANDAS SOCIALES...),
DAN PAUTA A QUE LAS NUEVAS ENTIDADES HEGEMONICAS REABSORBAN A -
ESTOS PAISES (SUBDESARROLLADOS) CON CIERTA FACILIDAD Y EN LOS -
TERMINOS EN QUE ESTAS LOS REQUIEREN. ASI QUE ESTAS ENTIDADES -
CONTINUAN EJERCRIENDO PRESION PARA QUE "LOS GOBIERNOS LATINOAME -
RICANOS MANTENGAN LA PUERTA ABIERTA A UNA MAYOR TRANSNACIONALI -
ZACION Y ASUMAN UNA CUOTA DESPROPORCIONADAMENTE ALTA DEL COSTO -
DE LA CRISIS, LOS ORGANISMOS ECONOMICOS MULTILATERALES, EN PAR -

(11) JAIME STEVEZ, CRISIS MUNDIAL Y PROYECTO NACIONAL, MEXICO -
ANTE LA CRISIS TOMO 1, SIGLO XXI, MEX. 1985, PP. 45-50

TICULAR EL FONDO MONETARIO INTERNACIONAL, ESTAN UTILIZANDO PARA ELLO TODAS SUS HERRAMIENTAS AL ALCANCE". (12)

ESTOS MOVIMIENTOS DE LA ECONOMIA MUNDIAL PARA AMERICA LATINA - SIGNIFICAN LA AGUDIZACION DE SU DEPENDENCIA ECONOMICA, LA SATELIZACION Y PAUPERIZACION DE SUS PUEBLOS, COMO RESULTADO DE LA - TRANSFERENCIA DE EFECTOS QUE CONLLEVA LA CRISIS Y EL CAMBIO TECNOLOGICO DE LAS ENTIDADES HEGEMONICAS.

1.2 CONTEXTO LOCAL

EL MEXICO DEL INICIO DE LA DECADA DE LOS 80,S ES PRODUCTO DEL DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO DE LOS ULTIMOS 40 ANOS.

LA EVOLUCION DE SU ECONOMIA DERIVO DEL PATRON INTERNACIONAL ECONOMICO POSTBELICO IMPERANTE EN ESE PERIODO (ECONOMIA KEYNESIANA QUE IMPLICA UN EDO. REGULADOR DE LA ECONOMIA, ESTADO QUE DESARROLLA AL IGUAL QUE EL DE EUA, LA EXPANSION SIN CONTRAPESO DEL PODER EJECUTIVO), ECONOMIA CON INTERVENCION ESTATAL QUE EN NUESTRO PAIS SE MANIFESTO BASICAMENTE A TRAVES DE DOS ETAPAS:

- LA INDUSTRIALIZACION DE BIENES DE CONSUMO 1940-1958 Y,
- LA INDUSTRIALIZACION DE BIENES DE CONSUMO DURABLE Y DE BIENES DE CAPITAL INTERMEDIO 1958-1980.

ETAPAS EN LAS CUALES SE LOGRA EXPANDIR LA PLANTA PRODUCTIVA DEL PAIS.

ESTE PATRON DE DESARROLLO SE DESENVOLVIO BAJO LA PROTECCION DEL

(12) IBIDEM, P.53

ESTADO A TRAVES DE SU POLITICA ECONOMICA DE APOYO FINANCIERO - Y SOSTENIMIENTO DE LA RENTABILIDAD INDUSTRIAL, VIA ESTABLECIMIENTO DE MECANISMOS FISCALES, ESTABLECIMIENTO DE PROTECCIONISMO FRENTE A LA COMPETENCIA EXTERNA, PROVISION DE DIVISAS, MANTENIMIENTO DE LA PARIDAD CAMBIARIA, SUBSIDIO A IMPORTACIONES DE BIENES DE CAPITAL, SOSTENIMIENTO DE SALARIOS POR DE BAJO DE LO REAL Y ESTABILIDAD DE PRECIOS.

ESTE APOYO FINANCIERO POR PARTE DEL GOBIERNO A LA EXPANSION DE LA PLANTA PRODUCTIVA DEL PAIS, PROPICIO LA CONCENTRACION ACELERADA DE INGRESOS, EL FORTALECIMIENTO DE OLIGOPOLIOS, LA ABSORCION POR PARTE DEL SECTOR PUBLICO DE EMPRESAS EN QUIEBRA O INCOSTEABLES PARA LA INICIATIVA PRIVADA PERO NECESARIAS PARA EL DESARROLLO NACIONAL Y LA ENTRADA DE CAPITAL EXTERNO.

PARA LOS ANOS 70,S COMIENZA A HACERSE EVIDENTE UNA RUPTURA O AGOTAMIENTO ESTRUCTURAL DEL PATRON DE DESARROLLO NACIONAL QUE SE PRESENTA BAJO LOS SIGNOS DE REDUCCION DEL PIB, PROCESO INFLACIONARIO, DEFICIT FISCAL Y DESEQUILIBRIOS DEL SALDO EXTERIOR.

ESTA CRISIS NACIONAL SE ENGARZA MULTIVOCAMENTE CON LA CRISIS ESTRUCTURAL INTERNACIONAL DE LA ECONOMIA CONSISTENTE COMO YA SE DIJO EN UNA REDISTRIBUCION DE HEGEMONIAS TENDIENTES A UN CAMBIO EN EL ORDEN INTERNACIONAL, EN UNA MODIFICACION DE ESTRUCTURAS PRODUCTIVAS Y POR LO TANTO DE UNA MODIFICACION DE LA DIVISION INTERNACIONAL DEL TRABAJO, CAMBIO QUE PUGNA ASI MISMO POR LA LIBERACION TOTAL DE LOS MERCADOS COMO ELEMENTO BASICO PARA DINAMIZAR LA ECONOMIA MUNDIAL Y POR LA INTERVENCION DE LA BANCA INTERNACIONAL COMO ELEMENTO ESTRATEGICO PARA COLOCAR FONDOS E INDUCIR ACCIONES DE CORTE NEOLIBERAL EN LA ECONOMIA MUNDIAL A TRAVES DE UNA POLITICA "AGRESIVA Y FLEXIBLE".

"EN LOS ANOS 70,S LA ECONOMIA MEXICANA SE ENCADENA DE MODO PARTICULAR CON LA EVOLUCION CRITICA DE LAS ECONOMIAS DESARROLLADAS DEBIDO AL INCREMENTO DEL PRECIO INTERNACIONAL DEL PETROLEO, A -

LA ABUNDANCIA DE FINANCIAMIENTO ASI COMO A LAS PARTICULARIDADES DE LOS PROCESOS INTERNOS Y LA EXISTENCIA DE RECURSOS PETROLIFEROS ENTONCES INEXPLORADOS". (13)

LOS PROBLEMAS ECONOMICOS SE PROFUNDIZAN HACIA LOS AÑOS 76-77 DEBIDO A QUE LOS GRUPOS EMPRESARIALES DEL PAIS MUESTRAN DESACUERDO PARA CON LA ACCIONES DEL GOBIERNO MEXICANO (PIERDE CONSENSO) MANIFESTANDO QUE LA CRISIS ECONOMICA EXISTENTE ES PRODUCTO DE LAS POLITICAS ECONOMICAS INSTRUMENTADAS CUYA CARACTERISTICA ES LA EXTREMADA INTERVENCION DEL ESTADO EN LA ECONOMIA DEL PAIS, - EXCESIVO GASTO PUBLICO Y SU INEFICIENCIA Y DESHONESTIDAD, OPINION QUE CABE SEÑALAR COINCIDE CON LA DEL FONDO MONETARIO INTERNACIONAL, VOCERO DE LAS TENDENCIAS MUNDIALES NEOLIBERALES DEL CAPITAL A QUIENES LES INTERESA DESESTRUCTURAR A LOS ESTADOS NACIONALES Y CONDUCIRLOS EN SU ECONOMIA INTERNA HACIA LA PRIVATIZACION.

ESTA "DESCONFIANZA" SE DEJA SENTIR EN EL AMBITO NACIONAL CON LA RECESION PRODUCTIVA, CONTRACCION DE INVERSION PRIVADA, SALIDA DE CAPITALES E INCREMENTO DE LA ESPIRAL INFLACIONARIA.

ESTE MANEJO QUE LA INICIATIVA PRIVADA DA AL PROBLEMA ECONOMICO ES "UN ENFOQUE SESGADO YA QUE NO CONSIDERA EN RIGOR QUE LA AMPLIACION DEL DEFICIT PUBLICO ES SIEMPRE UNA VARIABLE DEPENDIENTE DE LOS REQUERIMIENTOS DE ACUMULACION PRIVADA DE CAPITAL, DE EXPANSION DE INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS Y EN UN REGIMEN NO DICTATORIAL, DE LAS NECESIDADES DE ARMONIZACION SOCIAL IMPUESTAS POR EL DESARROLLO Y LA DIVERSIFICACION ACELERADA DE UNA SOCIEDAD QUE COMO LA CAPITALISTA ES INEQUITATIVA Y CONTRADICTORIA POR ANTONOMASIA". (14)

EL INICIO DE LOS 80,S MARCA EN DEFINITIVA LA DESAPARICION TOTAL

(13) AYALA, BLANCO, CORDERA, KNOCHENHAUER, OP. CIT. P.402

(14) IBIDEM, P.70

DE LA ETAPA DE DESARROLLO ESTABILIZADOR COMO MODELO ECONOMICO A SEGUIR EN EL PAIS, DEBIDO A LA PRESENCIA DE UNA ECONOMIA ALTAMENTE CONCENTRADA Y POR LA DESARTICULACION Y POLARIZACION DE LA ESTRUCTURA PRODUCTIVA CARACTERIZADA POR LA COEXISTENCIA DE UNA ESTRUCTURA MODERNA Y UNA TRADICIONAL EN LA QUE SE DESTACAN AGUDAS DIFERENCIAS, PERO AMBAS ORIENTADAS BASICAMENTE HACIA EL MERCADO INTERNO, CON IMPOSIBILIDAD DE GENERAR DIVISAS, EMPRESAS QUE POR EL CONTRARIO PRECISAN DE UN EXCESIVO FINANCIAMIENTO EXTERNO PARA CONTINUAR CON SU EXPANSION. ESTA ARTICULACION DE LA ESTRUCTURA PRODUCTIVA HACIA EL EXTERIOR Y LA IMPOSIBILIDAD DE OBTENER EL APOYO FINANCIERO NECESARIO DEBIDO A LOS VOLUMENES EXCESIVOS DE ENDEUDAMIENTO DEL PAIS Y AL ESTANCAMIENTO DEL MERCADO INTERNACIONAL (FALTA DE FLUIDEZ FINANCIERA), AUNADO A LA EXISTENCIA EN EL PAIS DE UN SECTOR AGROPECUARIO INOPERANTE, AL ESTANCAMIENTO DE DEMANDA DE BIENES, A LA ALTA CONCENTRACION DE INGRESO, AL REPLIEGUE DEL GOBIERNO EN SU PAPEL ECONOMICO QUE MARCA LA FRACTURACION Y DESARTICULACION DEL REGIMEN POLITICO SURGIDO DE LA REVOLUCION MEXICANA, SON LOS FACTORES QUE CONFLUYEN PARA DETERMINAR EL AGOTAMIENTO DEFINITIVO DEL PATRON DE DESARROLLO ESTABILIZADOR EN EL QUE SE DESENVOLVIO LA ECONOMIA MEXICANA EN LOS ULTIMOS 40 ANOS.

ANTE ESTA DESARTICULACION Y FRACTURACION ECONOMICA Y POLITICA DEL PAIS "Y ANTE LA POLITICA Y ACCIONES DECIDIDAS DEL GRAN CAPITAL QUIEN BUSCA AFIRMAR ABIERTAMENTE SUS VALORES, IMPULSAR SUS PROYECTOS TRANSNACIONALES Y SOMETER A SUS PARTICULARES INTERESES AL CONJUNTO DE LA SOCIEDAD GLOBAL"(15). EL PAIS ABANDONA SU PROYECTO HISTORICO NACIONAL QUE ESTARIA DADO POR ALTERNATIVAS DE DESARROLLO CONDUCENTES AL MEJORAMIENTO DE LAS MAYORIAS Y AL EQUILIBRIO SOCIAL, Y EL NUEVO PROYECTO NACIONAL QUE DEFINE EL GOBIERNO DE MEXICO PARA EL PERIODO 83-88 SE ADHIRE A LA "POLITICA DE LIBERACION TANTO DEL MERCADO EN MATERIA ECONOMICA, COMO DE LA SOCIEDAD CIVIL CON RELACION AL ESTADO EN MATERIA POLI-

(15) IBIDEM, P. 74

TICA, LO QUE IMPLICA UN CAMBIO DE ESTRUCTURAS AL INTERIOR Y UNA NUEVA ARTICULACION DEL PAIS CON EL CONTEXTO INTERNACIONAL". (16)

"EN MATERIA ECONOMICA EL CAMBIO ESTRUCTURAL APUNTA HACIA UNA REDEFINICION DEL PAPEL DEL ESTADO EN EL PROCESO ECONOMICO DEL -- PAIS REDUCIENDO SU PRESENCIA EN AREAS ESTRATEGICAS Y DE APOYO - AL DESARROLLO DE LOS MERCADOS, YA NO ES MAS EL PROMOTOR DE LA - ECONOMIA". (17)

ESTA REDEFINICION DEL PAPEL DEL ESTADO TIENE IMPLICACIONES A - DOS NIVELES:

"EL ESTADO DEBERA DESEMPEÑARSE DENTRO DE UN NIVEL LIGADO A LA - EFICIENCIA Y EN UNA DIMENSION MUCHO MAS REDUCIDA, PERCEPTIBLE A TRAVES DE SU POLITICA DE REESTRUCTURACION ESTATAL Y PARAESTATAL ASI COMO, DEL GASTO PUBLICO.

EN MATERIA DE BIENESTAR SOCIAL EN PARTICULAR, EL ESTADO ESTABLE CE UNA RELACION DIVERSA PARA CON LA SOCIEDAD, CARACTERIZADA POR EL DESPLAZAMIENTO DE UNA PARTE DE LA RESPONSABILIDAD ESTATAL HA CIA EL RESTO DE GRUPOS Y CLASES SOCIALES Y POR LA ALTERACION - DEL COMPROMISO POLITICO QUE GARANTIZO A LOS GRUPOS POSTREVOLU - CIONARIOS LA APLICACION DE POLITICAS EXPANSIONISTAS NECESARIAS- PARA LA AFIRMACION DE SU LEGITIMIDAD". (18)

EL CAMBIO ESTRUCTURAL DESTACA ENTONCES LA NECESARIA LIBERALIZA- CION DE DECISIONES DEL AMBITO DEL ESTADO HACIA LA SOCIEDAD CI - VIL EN MATERIA DE BIENESTAR SOCIAL Y EN MATERIA ECONOMICA HACIA

(16) ROBERTO GUADARRAMA S. POLITICA ECONOMICA Y PROYECTO NAC. - 83-87, 17 ANGULOS DE UN SEXENIO, PLAZA & VALDEZ 87, P. 43

(17) IBIDEM, P. 43

(18) GUILLERMO FARFAN, GASTO PUBLICO Y BIENESTAR SOCIAL EN MEX. 83-86, 17 ANGULOS DE UN SEXENIO, PLAZA & VALDEZ 87, P. 71

EL MERCADO, RESULTANDO EN LA PRACTICA UN TRASLADO DE DECISIONES HACIA EL SECTOR PRIVADO, PARA QUE LOS EMPRESARIOS DECIDAN, QUE, CUANDO, DONDE PRODUCIR Y DISTRIBUIR , YA QUE EN LA CONCEPCION - ABSOLUTA LIBERAL, ESTA ES LA FORMA OPTIMA DE ASIGNAR RECURSOS - EN LA ECONOMIA.

ESTE TRASLADO DE DECISIONES AL SECTOR PRIVADO, HA IMPLICADO LA-SOCIALIZACION DE LOS COSTOS DEL CAMBIO DE LA ESTRUCTURA ECONOMI-CA, SOCIALIZACION QUE HA CONLLEVADO AL DETERIORO DEL NIVEL DE -VIDA DE LA MAYOR PARTE DE LA POBLACION, Y A LA PRIVATIZACION -POR PARTE DE LA CLASE EMPRESARIAL DE LOS BENEFICIOS ECONOMICOS-DEL CAMBIO ESTRUCTURAL.

DENTRO DE ESTE CAMBIO TAMBIEN SE CONSIDERA COMO INDISPENSABLE -LA INVERSION EXTRANJERA COMO PARTE VITAL PARA NUESTRO DESARRO -LLO ECONOMICO Y FINALMENTE COMO PARTE DEL PROYECTO NACIONAL CON-SIDERA COMO BASICA LA DESCENTRALIZACION DE LA VIDA NACIONAL (DE SINCORPORACION DE ACTIVIDADES ECONOMICAS ESTATALES HACIA LA INI-CIATIVA PRIVADA BASICAMENTE).

EN MATERIA POLITICA EL CAMBIO ESTRUCTURAL APUNTA A SUPRIMIR LA-CORPORATIVIZACION Y ESTABLECE LAS BASES (REFORMA POLITICA) PARA QUE LA PARTICIPACION CIUDADANA SE EXPRESE A TRAVES DE LOS PROCE-SOS ELECTORALES Y PREVEE "NUEVAS FORMAS" DE ALIANZA CON LOS SEC-TORES SOCIALES.

PODEMOS CONCLUIR QUE LA POLITICA ECONOMICA INSTRUMENTADA POR EL GOBIERNO EN EL PERIDO 83-88 "HA SIDO CONGRUENTE CON LOS REQUERI-MIENTOS DE CAMBIO ESTRUCTURAL PLANTEADOS POR EL ESQUEMA NEOLIBE-RAL AL TRASLADAR LAS DECISIONES ECONOMICAS AL SECTOR PRIVADO Y-AL DEJAR UN ESTADO RECORTADO TANTO ESTRUCTURAL COMO FINANCIERA-MENTE. ESTRUCTURALMENTE PORQUE EL ESTADO YA NO ES EL MOTOR DEL CRECIMIENTO ECONOMICO, ESTE ES RESPONSABILIDAD TANTO DEL CAPI-TAL NACIONAL COMO EXTRANJERO QUIENES HAN RECUPERADO ACTIVIDADES ESTRATEGICAS DEL ESTADO Y SE HAN FORTALECIDO EN AQUELLAS RAMAS-

CON MAYORES EXPECTATIVAS TANTO DE MERCADO COMO INTEGRADORAS DEL PROCESO ECONOMICO, CON UN MARCO LIMITADO DE INTERVENCION DEL ESTADO. EL MOTOR DEL CRECIMIENTO ESTA AHORA EN EL CAPITAL". (19)

"EL GOBIERNO DE MEXICO EN SU POLITICA INTERNA, EN SU POLITICA FINANCIERA, HA ACEPTADO APLICAR Y ESTA APLICANDO UNA POLITICA DE TIPO NEOLIBERAL, EL TIPO DE POLITICA POR LA QUE PRESIONA EL FONDO MONETARIO INTERNACIONAL Y QUE ES UNA FORMA DE ORDENAR A LOS GOBIERNOS Y FUNCIONARIOS QUE DEBEN HACER Y LA FORMA EN QUE DEBEN JUSTIFICARLO ANTE SUS PUEBLOS". (20)

LA OBSERVACION DE ESTAS POLITICAS "HA DADO POR RESULTADO EN EL PLANO REAL NO RETORICO LA CLAUSURA DE CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD GESTORA DEL ESTADO QUEDANDO FRACTURADAS LAS LIGAS DE VINCULACION ENTRE ESTE Y LAS MASAS Y CON ELLO QUEDA EN ENTREDICHO LA SUPERVIVENCIA LEGITIMA DEL ESTADO YA QUE EL REALISMO ECONOMICO AL QUE SE SUJETA, Y SU CLARA PREFERENCIA POR LA EFICIENCIA A CUALQUIER TIPO DE GASTO SOCIAL, ESTO ES DE NEGOCIACION POLITICA DEJA EN DESVENTAJA Y SIN CABIDA LO POPULAR FRENTE A LO ADMINISTRATIVO Y ECONOMICO". (21)

1.3 EL DISCURSO EN EL PLANO DE LA ECONOMIA POLITICA

LA EVOLUCION DE LA ECONOMIA INTERNACIONAL Y LA CRISIS ECONOMICA DEL PAIS, AUNADA A LA ALUSION DE PROBLEMAS POLITICOS (FRACTURAS Y DIFICULTADES EN EL PROCESO DE CONCERTACION, QUE AL CRECER Y MULTIPLICARSE CREARON PROBLEMAS DE CONSENSO DE TODOS LOS GRUPOS SOCIALES ORGANIZADOS, DOMINANTES Y DOMINADOS) CONFORMAN LOS CON

(19) ROBERTO GUADARRAMA S. OP. CIT. P. 65

(20) PABLO GONZALEZ CASANOVA, OP. CIT. PP. 21-24

(21) GERMAN PEREZ Y SAMUEL LEON, MEXICO EN BUSCA DE LA LEGITIMIDAD PERDIDA, 17 ANG. DE UN SEXENIO, PLAZA Y V. 87, P.27

TEXTOS DE LOS PROGRAMAS DE GOBIERNO, LOS CUALES PONEN EL ACENTO EN LAS POLITICAS DE AJUSTE Y ESTABILIZACION COMPROMETIDAS CON EL FONDO MONETARIO INTERNACIONAL.

A LA LUZ DE CONFLICTOS Y TENSIONES POLITICAS Y ECONOMICAS EL GOBIERNO 83-88 PRESENTA COMO PROGRAMAS BASICOS:

- ANTE LA CRISIS ECONOMICA PROPONE EL PROGRAMA INMEDIATO DE REORDENACION ECONOMICA (PIRE) PARA RECUPERAR EL CONSENSO DE LAS CLASES DOMINANTES.
- Y ANTE LA COYUNTURA POLITICA, ESTABLECE EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (PND) UN PROGRAMA DE RECUPERACION DE CONSENSO DE LAS MAYORIAS (ENCAMINADO POR LO MENOS RETORICAMENTE A COMUNICARLE AL PUEBLO QUE NO SE LE HA OLVIDADO AUN DENTRO DE LA CRISIS Y DE LOS OBJETIVOS PRIORITARIOS DEL CAMBIO ESTRUCTURAL).

HABLEMOS DE AMBOS PROGRAMAS:

EL PROGRAMA INMEDIATO DE REORDENACION ECONOMICA (PIRE), DESCANSA EN LO FUNDAMENTAL EN POLITICAS DE ESTABILIZACION DE LA ECONOMIA, PROPONIENDO EL ESTANCAMIENTO ECONOMICO COMO PRECONDICION PARA EL DESARROLLO POSTERIOR, Y MARCA COMO OBJETIVOS CENTRALES Y ENEMIGOS A VENCER LA INFLACION, LA INESTABILIDAD CAMBIARIA, LA ADECUACION DE LA DEMANDA POTENCIAL DE LA OFERTA A TRAVES DE LA REDUCCION DEL DEFICIT PUBLICO, EL DESALIENTO Y PENALIZACION AL CONSUMO Suntuuario A TRAVES DE LA VIA FISCAL, LA REVISION DE TASAS DE INTERES PARA FOMENTAR EL AHORRO PRIVADO Y REVISION DE PRECIOS Y TARIFAS.

JOSE BLANCO COMENTA QUE EL PIRE "POR SUS POLITICAS MEDIOS E INSTRUMENTOS SOLO PODIA FORMAR PARTE DEL PLAN DE RECUPERACION DEL CONSENSO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS EMPRESARIOS. SIN EMBAR-

GO EL MANEJO POLITICO DEL PROGRAMA ECONOMICO HA BUSCADO SU ACEPTACION ENTRE LOS TRABAJADORES Y LOS SECTORES POPULARES EN GENERAL, Y AUN ENTRE LOS LLAMADOS SECTORES MEDIOS, A TRAVES DE UNA POLITICA DE COMUNICACION DE MASAS QUE HA INSISTIDO SOBRE CIERTA NOCION DE UN TERMINO QUE FUE INCORPORADO AL LENGUAJE DE TODO EL MUNDO: LA CRISIS". (22)

Y LOGRAR CON ELLO EL CONSENSO DE QUE LA CRISIS, ES LA RESPONSABLE DEL DETERIORO ECONOMICO DE LAS DIVERSAS CLASES SOCIALES, EL ENEMIGO COMUN A ENFRENTAR, CRISIS QUE ES SENTIDA EN LOS SECTORES MEDIOS Y BAJOS DE LA SOCIEDAD COMO ATENTATORIA DE SUS NIVELES DE VIDA, TANTO POR LA VIA DE LA INFLACION Y CONTENCIÓN SALARIAL COMO POR LA DESINCORPORACION DE EMPRESAS Y LA PERDIDA DE EMPLEOS Y EN LOS SECTORES DE ALTOS INGRESOS COMO LA AUSENCIA DE DEMOCRACIA.

PARA AFRONTAR LA CRISIS EL GOBIERNO MEXICANO DEFINE QUE "REQUIERE" INSTRUMENTAR UNA POLITICA DE AJUSTE ECONOMICO TOMANDO EN CUENTA LAS TENDENCIAS INTERNACIONALES (DENTRO DE LAS CUALES NOTIENE CABIDA LO POPULAR), COMO LA UNICA ALTERNATIVA VIABLE PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS ECONOMICOS DEL PAIS, Y EL PIRE ESTABLECE EL CAMINO PARA ELLO.

EL DISCURSO POLITICO QUE SUSTENTA AL PIRE "PRESENTA A LA OPINION PUBLICA LA PROBLEMÁTICA ECONOMICA DE LA INFLACION Y EL DESEQUILIBRIO EXTERNO COMO RESULTADO DEL DEFICIT PUBLICO, CONVIRTIENDOSE ASI EN EL PORTAVOZ DEL FONDO MONETARIO INTERNACIONAL Y DE LOS EMPRESARIOS. LA INFLACION ES ATRIBUIDA PRINCIPALMENTE AL ESTADO, DEBIDO A QUE SU DEFICIT FISCAL ORIGINA UN EXCESO DE DEMANDA AGREGADA EN LA ECONOMIA, PORQUE ESTE SE FINANCIA CON EMISION DE MONEDA. EL DESEQUILIBRIO EXTERNO (DEFICIT) ES CONSECUENCIA DE SU EXCESIVA INTERVENCION EN LA ECONOMIA Y DE MANTENER UN

(22) JOSE BLANCO, POLITICA ECONOMICA Y LUCHA POLITICA, MEXICO - ANTE LA CRISIS TOMO 1, SIGLO XXI, MEX. 1985, P.412

SECTOR PARAESTATAL INEFICIENTE. EL DISCURSO TAMBIEN PRESENTA - LOS AUMENTOS SALARIALES, PRINCIPALMENTE DE LA BUROCRACIA Y DEL SINDICALISMO, COMO CAUSAS DE LA INFLACION POR LA VIA DEL INCREMENTO DE LA DEMANDA AGREGADA, TAMBIEN SE PRESENTA COMO RESPONSABLE DEL DETERIORO ECONOMICO LA CORRUPCION DE FUNCIONARIOS DEL ESTADO LO CUAL SE DICE ES PRODUCTO DE LA POLITICA POPULISTA -- IRRESPONSABLE DE LOS ULTIMOS SEXENIOS. CABE MENCIONAR QUE ESTA CONCEPCION COINCIDE PUNTUALMENTE CON LA CONCEPCION EMPRESARIAL DE LA CRISIS". (23)

DISCURSO TENDIENTE A JUSTIFICAR SOCIALMENTE EN LO POSIBLE LA ANULACION DE LA INTERVENCION DEL ESTADO EN LA ECONOMIA AL CALIFICARLE COMO EL ELEMENTO BASICO DISTORSIONADOR Y DESESTABILIZADOR.

PARA 1986 SE MODIFICA LA ESTRATEGIA ECONOMICA Y SE ESTABLECE EL PROGRAMA DE ALIENTO Y CRECIMIENTO (PAC) CUANDO SE HACE EVIDENTE QUE SIN CRECIMIENTO ECONOMICO NO ES POSIBLE CONTINUAR LIBERALIZANDO LA ECONOMIA, Y CUANDO LA PRINCIPAL PREOCUPACION DEL ESTADO ES MANTENER SU ACCESO A LOS MERCADOS FINANCIEROS INTERNACIONALES PARA CUBRIR SUS OBLIGACIONES DE DEUDA Y SER SUJETO DE NUEVOS CREDITOS. DESDE 1983 EL PAGO DE LA DEUDA Y SU SERVICIO SE VOLVIO EL RUBRO MAS IMPORTANTE DEL GASTO PUBLICO 50% "EN CONSECUENCIA DEBERA DE LEGITIMARSE EL PAGO DE LA DEUDA Y SUS INTERESES. ESTE PAGO NO DEBERA SER CONSIDERADO COMO UN PROBLEMA QUE IMPIDA SUPERAR LA CRISIS Y CONTINUAR CON LA LIBERACION, SINO COMO UN ELEMENTO QUE SI BIEN TIENE IMPORTANCIA NO ES OBSTACULO". (24)

DISCURSO NECESARIO YA QUE DE OTRA FORMA EL GOBIERNO QUEDARIA EN EVIDENCIA POLITICA, YA QUE PESE AL COSTO ECONOMICO Y SOCIAL QUE LA DRASTICA REDUCCION DEL GASTO HA SIGNIFICADO, NO HA SIDO POSIBLE CONTROLAR EL DESAJUSTE INTERNO DE LA ECONOMIA Y TAMBIEN SE

(23) ROBERTO GUADARRAMA S. OP. CIT. P.46

(24) IBIDEM, P. 64

HARIA EVIDENTE QUE EL ESTADO HA DEJADO DE SER UN ESTADO DE BIENESTAR POR LO QUE EN ESTA ETAPA EL DISCURSO SOSTIENE QUE YA SE PUEDE CRECER CON INFLACION.

A LA PAR DE ESTOS PROGRAMAS ECONOMICOS, EL GOBIERNO ESTABLECE - EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (PND) COMO EL PROGRAMA POLITICO DE RECUPERACION DE CONSENSO DE LAS MAYORIAS. ESTE PROGRAMA SE - CONSTITUYE EN UN INSTRUMENTO DE APOYO TOTAL Y ABSOLUTO AL PIRE Y POR LO TANTO ES UN PROGRAMA INMERSO EN LA DOCTRINA NEOLIBERAL LA CUAL ENMARCA LA POLITICA ECONOMICA GUBERNAMENTAL A DESARRO - LLARSE EN EL PERIODO 83-88.

ESTE PROGRAMA ARGUMENTA EN SU DISCURSO EL CAMBIO ESTRUCTURAL DE LA ECONOMIA Y DE LA PARTICIPACION SOCIAL EN EL PROCESO DE DESARROLLO BAJO BASES ECONOMICAS Y SOCIALES MAS "FIRMES" Y DENTRO - DE UNA "SOCIEDAD IGUALITARIA".

PARA QUE SE LLEVE A CABO ESTE CAMBIO PROPONE 6 ORIENTACIONES:

- 1- DAR PRIORIDAD A LOS ASPECTOS SOCIALES Y REDISTRIBUTIVOS DEL CRECIMIENTO.
- 2- REORIENTAR Y MODERNIZAR EL APARATO PRODUCTIVO Y DISTRIBUTIVO.
- 3- DESCENTRALIZAR EN EL TERRITORIO LAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS LOS INTERCAMBIOS Y EL BIENESTAR SOCIAL. FORTALECIENDO Y CON SOLIDANDO EN FORMA DEFINITIVA EL FEDERALISMO Y DAR OPORTUNIDAD AL LIBRE JUEGO DE PROCESOS ESTATALES, REGIONALES Y MUNICIPALES PARA SU DESARROLLO Y DESENVOLVIMIENTO AUTONOMO. (ES EL EJE CENTRAL Y DE ENLACE EN EL PRESENTE TRABAJO, Y PUNTO SOBRE EL CUAL NOS APOYAREMOS PARA DETERMINAR LA VALIDEZ Y - RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DESENTRALIZADORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, SI FUE UNO MAS DE LOS ELEMENTOS LEGITIMADO -

RES QUE UTILIZO O DEL CUAL SE VALIO EL DISCURSO POLITICO, - PARA EFECTUAR EL CAMBIO DE ESTRUCTURA ECONOMICA EN EL PAIS O REALMENTE SE CONSTITUYO EN UN ELEMENTO DE RESOLUCION DE - NECESIDADES SOCIALES BASICAS Y DE FORTALECIMIENTO DEL PACTO FEDERAL. (SE PROFUNDIZARA EN LOS SIG. CAPITULOS)

- 4- ACENTUAR LAS MODALIDADES DE FINANCIAMIENTO A LAS PRIORIDADES DEL DESARROLLO.
- 5- PRESERVAR MOVILIZAR Y PROYECTAR EL POTENCIAL DE DESARROLLO NACIONAL.
- 6- FORTALECER LA RECTORIA DEL ESTADO, ESTIMULAR EL SECTOR EMPRESARIAL E IMPULSAR EL SECTOR SOCIAL. (25)

LA RECOMPOSICION GLOBAL DE LA ECONOMIA DESDE LA PERSPECTIVA CAPITALISTA NEOLIBERAL Y MONOPOLICA CON HEGEMONIA POLITICA DEL CAPITAL FINANCIERO TAL COMO LO EXIGE EL REORDENAMIENTO ECONOMICO Y CAMBIO ESTRUCTURAL PROPUESTO EN AMBOS PROGRAMAS DE GOBIERNO (PIRE, PND), REQUIERE DE UN ESTADO FUERTE CON UN GOBIERNO TECNOCRATICO Y CENTRALIZADO AL FRENTE, QUE EN ACTUACION Y DECISIONES NO DE CAIDA A LAS TENDENCIAS POPULISTAS Y SE ARTICULE EN TORNO A UNA POLITICA RECESIVA DE DISMINUCION DE GASTO SOCIAL, DE SOLIDA RACIONALIZACION Y REORIENTACION DEL CREDITO Y CON UN GOBIERNO - ENCAMINADO HACIA UNA ACTIVA ATRACCION DEL CAPITAL EXTRANJERO.

ES DENTRO DE ESTA LINEA NEOLIBERAL, QUE NUESTRO GOBIERNO PONE - EN MARCHA LA REESTRUCTURACION DE POLITICAS SOCIALES EXPRESADAS - BAJO LA TENDENCIA POR PARTE DEL ESTADO DEL DESPLAZAMIENTO DE SU RESPONSABILIDAD HACIA DIVERSOS SECTORES DE LA SOCIEDAD (CASO DE ART. 4o. CONSTITUCIONAL EN EL QUE COMPROMETE A LA MEDICINA PRIVADA EN 5% DE SUS INSTALACIONES Y SERVICIOS PARA QUE ATIENDAN A

(25) PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 83-88, PODER EJECUTIVO FEDERAL SPP. MEXICO 1983, PP. 126-127

LA POBLACION MARGINADA, ACTO QUE NO OPERA PORQUE LA INICIATIVA PRIVADA LO IMPUGNA QUEDANDO ASI EL DERECHO A LA SALUD SOLO COMO UNA PRERROGATIVA TEORICA), A LA VEZ QUE MODIFICA SU ESTRUCTURA-BIENESTARISTA A TRAVES DE LA CANCELACION DE ALGUNAS INSTITUCIONES Y DISMINUYE EL GASTO PUBLICO REAL EN LA MATERIA, CONSERVANDO UNICAMENTE LAS INSTITUCIONES MAS IMPRESCINDIBLES PARA NO HACER UNA RUPTURA DEFINITIVA DEL PACTO SOCIAL. SIN EMBARGO EL DISCURSO GUBERNAMENTAL ARGUMENTA PRIORIDAD A LAS POLITICAS SOCIALES A PESAR DE LA AUSTERIDAD A LA QUE SOMETE LA ATENCION DE LA SALUD A LA VEZ QUE MITIFICA LA NATURALEZA DE SUS RECORTES PRESUPUESTALES INFORMANDO PERMANENTEMENTE MAXIMIZACION DE LOGROS.

"LA CAIDA Y REDUCCION ACUMULADA 1981-1986 DEL GASTO PUBLICO SIN INCLUIR EL SERVICIO DE LA DEUDA HA SIDO DEL 70% EN TERMINOS REALES...

EL GASTO EN DESARROLLO SOCIAL EN TERMINOS ABSOLUTOS EN EL PERIODO 83-85 MOSTRO UN DECRECIMIENTO REAL PROMEDIO DEL 23.3% CON RELACION A 1982 Y QUE COMPARATIVAMENTE ES COMO YA SE HA MENCIONADO EL PUNTO DE INFLEXION MAS BAJO DEL SEXENIO LOPEZ PORTILLISTA" (26)

"EL PANORAMA GENERAL DE REZAGO EN LA INVERSION SOCIAL SE HA ACENTUADO CON LA CONTRACCION DEL GASTO PUBLICO Y ESTO HA AFECTADO IMPORTANTEMENTE EL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, ESTO DEMUESTRA QUE EL ESTADO NO HA TOMADO COMO UNA DE SUS PRIORIDADES LA SALUD INCLUSO PUEDE PENSARSE QUE LAS INSTITUCIONES SUFRIRAN UNA CIERTA CONTRACCION EN SUS SERVICIOS...

LA PRIVATIZACION CRECIENTE EN EL USO DE ALGUNOS SERVICIOS DE SALUD Y EL ABANDONO DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL AL COMPORTEAMIENTO LIBRE DE LA ECONOMIA, TIENE COMO SIGNIFICADO ULTIMO LA PARALISIS DEL ESTADO COMO INSTRUMENTO RECTOR DEL DERECHO A LA

SALUD...

DE LAS TRES INSTITUCIONES FUNDAMENTALES QUE PROPORCIONAN SERVICIOS DE SALUD, SSA, IMSS, ISSSTE, SOLO LA PRIMERA ACUSO REDUCCIONES PRESUPUESTALES Y ESTRUCTURALES IMPORTANTES MIENTRAS QUE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL, MUCHO MAS DIRECTAMENTE LIGADAS A LAS NECESIDADES URBANAS DE CLASE OBRERA, SE MANTUVIERON INTACTAS OBTIENIENDO A COSTA DEL DETERIORO DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA PUBLICA". (27)

ESTA HA SIDO LA ESTRATEGIA ECONOMICO SOCIAL DEL GOBIERNO 83-88 DEFINIDA EN SUS PROGRAMAS PIRE, PAC, PND, LOS CUALES HAN SIDO LOS MAS IMPOPULARES EN LA HISTORIA RECIENTE DE MEXICO, POR LOS EFECTOS REALES, QUE HAN IMPLICADO UN ALTO COSTO SOCIAL (DESEMPLEO, DETERIORO SALARIAL, DISMINUCION DEL GASTO PUBLICO SOCIAL) Y CUYOS AVANCES SE HAN APOYADO EN UN FERREO CONTROL DEL MOVIMIENTO SOCIAL.

CARLOS TELLO COMENTA QUE "MAS QUE COMBATIR EL REZAGO SOCIAL Y LA POBREZA TAL COMO LO ESTIPULA EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, LA POLITICA INSTRUMENTADA EN ESTOS AÑOS HA CONTRIBUIDO A QUE AUMENTE EL PORCENTAJE DE LA POBLACION NACIONAL QUE NO SATISFACE DE MANERA ACEPTABLE SUS NECESIDADES ESENCIALES, EN MATERIA DE ALIMENTACION, EDUCACION, VIVIENDA Y SALUD. EN ESTOS AÑOS LA CALIDAD DE VIDA PARA GRUPOS MUY NUMEROSOS DE LA SOCIEDAD HA EMPEORADO. EN SUMA EN ESTOS AÑOS DE RETROCESO ECONOMICO Y SOCIAL, HAN SIDO LAS MAYORIAS POPULARES LAS QUE HAN CARGADO CON EL PESO DEL AJUSTE AL QUE HA ESTADO SOMETIDA LA ECONOMIA NACIONAL Y CON ELLO, LAS CONDICIONES DE EXISTENCIA DE LA POBLACION SE HAN DETERIORADO". (28)

(27) LOPEZ A. LA SALUD DESIGUAL EN MEX., S.XXI 1982, P.186-213

(28) CARLOS TELLO, CRISIS EN 1985 SALDOS Y OPCIONES, MEXICO ANTE LA CRISIS TOMO 2, SIGLO XXI, MEX 1985, P.406

SINTETIZANDO PODEMOS DECIR QUE "EL DISCURSO DE LA POLITICA ECONOMICA PERMITIO A LA ADMINISTRACION DEL LIC. DE LA MADRID AVANZAR EN LOS CAMBIOS ESTRUCTURALES DE LA ECONOMIA MEXICANA QUE EL PROYECTO NACIONAL LIBERAL REQUIERE, SIN UNA ABIERTA OPOSICION DE LA SOCIEDAD CIVIL PESE AL ENORME COSTO ECONOMICO, POLITICO Y SOCIAL QUE ESTE CAMBIO CONLLEVA...

ESTO HA SIDO POSIBLE POR EL CARACTER LEGITIMADOR DEL DISCURSO - DE LA POLITICA ECONOMICA QUE PRESENTA AL ESTADO PREOCUPADO POR RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE LA SOCIEDAD MEXICANA TIENE EN ESTE - PERIODO DE CRISIS ECONOMICA, EL DISCURSO PRESENTA COMO PRIORITA RIOS EL COMBATE A LA INFLACION, AL DETERIORO DEL PODER ADQUISITIVO Y LA PROTECCION DE EMPLEOS COMO OBJETIVOS PRIMORDIALES...

EL DISCURSO LEGITIMA PORQUE ENMASCARA LAS VENTAJAS QUE LA PRACTICA TIENE PARA CIERTOS GRUPOS O CLASES SOCIALES Y POR EL OTRO ATEMPERA LOS PERJUICIOS Y COSTOS QUE LA POLITICA ECONOMICA INSTRUMENTADA IMPLICA PARA OTROS GRUPOS O CLASES SOCIALES". (29)

ESTOS PROGRAMAS LOGRAN ADELANTOS SUSTANCIALES ACORDES AL PROYECTO NACIONAL IMPULSADO "YA QUE LOGRAN ADELGAZAR AL ESTADO Y REDEFINIRLE SU PAPEL EN LA ECONOMIA MEDIANTE UN PROCESO DE DESINCORPORACION ESTATAL QUE INCLUYE CENTRALIZACION, REORGANIZACION Y - LIQUIDACION Y VENTA DE ACTIVOS EN DIVERSOS RAMOS DE LA ECONOMIA." (30)

CARLOS PEREYRA COMENTA QUE "LA MANERA GUBERNAMENTAL DE ADMINISTRAR LA CRISIS CONFIRMA QUE EL PODER POLITICO NO CONOCE YA MAS-ALLA DE LA RETORICA COMPROMISO ALGUNO CON EL PROYECTO HISTORICO FUNDACIONAL DEL ESTADO MEXICANO". (31)

(29) ROBERTO GUADARRAMA S. OP. CIT. PP. 45, 68

(30) IGNACIO PARROTINI, MEXICO EN EL MARCO DE LA TRIBULACIONES-DE LA ECO INTERNAC. 17 ANG. DE UN SEXENIO, P & V 87, P.154

A MANERA DE RESUMEN CONCLUIREMOS QUE EL CAMBIO ESTRUCTURAL DE -
CORTE NEOLIBERAL QUE ADOPTA EL GOBIERNO MEXICANO EN EL SEXENIO
83-88, CONDUJO HACIA LA MODIFICACION DEL PAPEL DEL ESTADO EN LA
ECONOMIA, CONLLEVANDO ESTO UNA REDUCCION IMPORTANTE DE ACCIONES
BIENESTARISTAS Y UNA MODIFICACION RESPECTO A LA CONCEPCION DE -
LAS MISMAS, QUE IMPLICA EL DESPLAZAMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD
ESTATAL HACIA LOS DIVERSOS SECTORES SOCIALES, Y QUE TAMBIEN IM-
PLICA LA ALTERACION DEL COMPROMISO POLITICO CON LOS GRUPOS SO -
CIALES MAYORITARIOS, MODIFICACION QUE SE EXPRESA POR LA LIBERA -
CION Y TRASLADO DE DECISIONES HACIA LA INICIATIVA PRIVADA, POR
EL ADELGAZAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES ESTATALES (POR REORGANI-
ZACION, LIQUIDACION O VENTA), POR EL IMPORTANTE RECORTE DEL GAS
TO SOCIAL, POR EL ESTABLECIMIENTO DE UN ESTADO FUERTE TECNOCRA-
TICO QUE APUNTALE EL CAMBIO ECONOMICO PROPUESTO, EN EL CUAL NO
TIENE CABIDA LO POPULAR, Y EL QUE REQUIERE DE UNA MAYOR CENTRA-
LIZACION ESTATAL (DEPENDENCIAS CENTRALES Y DESINCORPORACION DE
LAS PARAESTATALES) CONFORME A LOS REQUERIMIENTOS DEL PROPIO PRO
CESO ECONOMICO EN OPERACION.

ESTOS SON LOS ELEMENTOS QUE CONSTITUYEN EL MARCO DE REFERENCIA-
DE LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION A
BIERTA.

2. DESCENTRALIZACION

"QUE DIFÍCIL DESCENTRALI-
ZAR DESDE EL PODER." (32)

2.1 CONSIDERACIONES GENERALES

EL MANEJO DEL CONCEPTO Y LA TENDENCIA DESCENTRALIZADORA CONSTITUYE UN ELEMENTO DE INTERÉS A NIVEL MUNDIAL Y UN ELEMENTO POLEMICO Y DINAMIZADOR EN LOS REGIMENES POLITICOS MIXTOS (ESTO ES, EN LOS ESTADOS UNITARIOS-DESCENTRALIZADOS Y EN LOS ESTADOS FEDERALES-CENTRALIZADOS), EN LOS QUE LA DESCENTRALIZACION SE HA CONVERTIDO EN UNA CONSTANTE YA HISTORICA DESDE HACE MAS DE 70 AÑOS EN ALGUNOS PAISES Y EN EL CASO DE MEXICO DESDE 1824.

"CABE MENCIONAR QUE EL TRATAMIENTO Y SOLUCIONES VERTIDAS EN TORNO A LA DESCENTRALIZACION REALMENTE NO HAN PLANTEADO INNOVACIONES COMO SE LE HA PRETENDIDO HACER VER, PUES TODO LO CONCERNIENTE A ESTA, HA SIDO PLANTEADO POR LA DOCTRINA CLASICA DEL DERECHO ADMINISTRATIVO.

LAS CONFUSIONES Y EQUIVOCOS ACENTUADOS QUE SE HAN PRESENTADO, HAN SIDO DADOS POR POSICIONES DOCTRINALES SUSTENTADAS POR PORTAVOCES OFICIALES QUE INSISTEN Y REITERAN SUS NUEVAS VERSIONES DE DESCENTRALIZACION, BASADAS EN VAGUEDADES Y ABSTRACCIONES JURIDICAS QUE GENERALMENTE POCO APORTAN A UNA LINEA AUTENTICAMENTE -DESCENTRALIZADORA Y QUE FRECUENTEMENTE VACIAN DE OPERATIVIDAD Y CONTENIDO ALGUNO, A LA DESCENTRALIZACION.

EL PROBLEMA QUE PRESENTA LA DESCENTRALIZACION ES BASICAMENTE OR

(32) SEBASTIAN MARTIN RETORTILLO BAQUER, DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA Y ORGANIZACION POLITICA, REVISTA DE ADMON PUBLICA 63/64, INAP. DIC. 1985, P.142.

GANICO Y NO DE NORMAS Y LO UNICO QUE PRECISA ES SU ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA." (33)

OTRO ELEMENTO QUE HA DADO UN CARACTER POLEMICO Y CONFLICTIVO A LA DESCENTRALIZACION Y QUE NO HA PERMITIDO QUE SE LOGRE UN CONSENSO, ES EL MANEJO POLITICO ESPERANZADOR QUE SE LA HA DADO PARA RESOLVER LA ORGANIZACION POLITICA DE LOS ESTADOS CENTRALIZADOS, EN SU AFAN DE PARECER ORGANIZACIONES DESCENTRALIZADAS.

PODEMOS DECIR QUE EL TEMA QUE NOS OCUPA ES TODA "UNA AUTENTICA MARAÑA DE JUICIOS, PROS Y CONTRAS, DEFENSA Y CRITICA QUE MAS QUE RESULTADO DE UNA VALORACION, APARECEN DETERMINADAS EN SU MAYOR PARTE POR POSICIONES APRIORISTICAS DE LAS QUE SE PARTE, ACTITUDES ABSTRACTAS Y SIN CONEXION EFECTIVA CON LAS CIRCUNSTANCIAS REALES Y CON FRECUENCIA RESULTADO DE ACTITUDES DOCTRINALES PARTIDISTAS Y POR SUPUESTO CON LA PONDERACION REQUERIDA PARA ELLOS." (34)

ESTO ES, LA DESCENTRALIZACION HA SIDO BANDERA PROCLAMADA DE GRUPOS QUE LUCHABAN POR ACCEDER AL PODER Y QUIENES AL ASUMIRLO HAN ADOPTADO UNA ACTITUD PROFUNDAMENTE CENTRALIZADORA, EN ESTE SENTIDO LA DESCENTRALIZACION HA SIDO, SE HA CONSTITUIDO Y HA FUNCIONADO BASICAMENTE COMO "UNA SIMPLE TECNICA OPERATIVA PARA AUMENTAR UNA POSIBLE CLIENTELA POLITICA." (35)

SIN EMBARGO NO SE PUEDE NEGAR LA VALIDEZ E IMPORTANCIA QUE LA DESCENTRALIZACION TIENE EN NUESTROS DIAS, LA CUAL RADICA EN QUE QUIZA "ES LA ALTERNATIVA MAS VALIDA Y CONCIENTE PARA AFRONTAR LA CRISIS DEL ESTADO, TAMBIEN PARA LLEVAR A CABO UNA DEMOCRATIZACION SUSTANTIVA Y NO PURAMENTE FORMAL DE LAS PROPIAS ESTRUCTURAS POLITICAS Y ADMINISTRATIVAS TOMANDO EN CUENTA LAS REALIDA-

(33) IBIDEM, P. 140.

(34) IBIDEM. P. 142.

(35) IBIDEM, P. 143.

DES SOCIALES." (36)

TODO ESTO SIN OBVIAR EL CARACTER PROFUNDAMENTE RELATIVO QUE EN FUNCION DEL TIEMPO Y DEL ESPACIO TIENEN LAS FORMULAS JURIDICAS DE ORGANIZACION POLITICA.

2.2 ACEPCIONES SOBRE EL CONCEPTO DESCENTRALIZACION.

CABE MENCIONAR ANTES DE PLASMAR ALGUNAS DEFINICIONES SOBRE DESCENTRALIZACION, QUE EN MEXICO EXISTE UN IMPORTANTE VACIO RESPECTO A ESTE CONCEPTO Y OTROS RELACIONADOS CON EL, COMO LA DESCONCENTRACION, DELEGACION... FORMAS DE ORGANIZACION LIGADAS A LA VIDA DEL ESTADO, Y SOBRE LAS QUE NO SE HA SENTADO DOCTRINA, NI JURISPRUDENCIA, NI HAY LEY, NI REGLAMENTACION ESPECIFICA, QUE DEFINA CUALES SON LAS MODALIDADES DE CADA FIGURA, EN LA ADMINISTRACION PUBLICA MEXICANA Y EN UN REGIMEN FEDERAL COMO EL NUESTRO.

SITUACION QUE NO OCURRE EN OTROS PAISES COMO ESPANA, LA QUE TIENE LEGISLADO CONSTITUCIONALMENTE Y EN NORMAS SECUNDARIAS LAS DIVERSAS MODALIDADES DE CADA FIGURA, LO QUE LE DA A LA ADMINISTRACION PUBLICA CLARIDAD EN LA ACTUACION.

NUESTRA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL HA EMPRENDIDO PROCESOS IMPORTANTES DE DESCONCENTRACION Y DESCENTRALIZACION SIN HABER DEFINIDO DOCTRINARIAMENTE Y SIN HABER UBICADO AUN CON EXACTITUD LA NATURALEZA MISMA, LA DIMENSION Y LAS PROPORCIONES DE LO QUE ES LA DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA, ESTA FALTA DE CLARIDAD AL RESPECTO COADYUVA A FUERZAS CENTRIFUGAS Y A QUE SE REALICEN ACTOS COSMETICOS COMO EL QUE PRESENTAMOS EN EL CASO PRACTICO.

(36) IBIDEM, P.143.

LA MAYOR PARTE DE LAS POSICIONES DOCTRINALES DEL TEMA Y QUE CIRCULAN EN NUESTRO MEDIO, SON APORTACIONES DE PAISES CENTRALIZADOS O UNITARIOS COMO ESPAÑA, FRANCIA, POSICIONES QUE NO HAN SUFRIDO UN PROCESO DE TRANSFORMACION Y ADAPTACION A NUESTRA REALIDAD FEDERAL (POR LO MENOS FORMALMENTE) Y QUE APLICADAS TAL CUAL A NUESTRO PAIS, VACIAN DE CONTENIDO A LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACION, COMO MAS ADELANTE LO VEREMOS.

EL CONCEPTO Y O CONCEPCION DE REFERENCIA Y PUNTO DE APOYO DE ESTE TRABAJO LA DESCENTRALIZACION, SERA LA TEORIA CLASICA DEL DERECHO ADMINISTRATIVO POR CONSIDERAR QUE ES LA UNICA QUE APORTA UNA LINEA AUTENTICAMENTE DESCENTRALIZADORA Y LA QUE SE APEGARIA A LOS REQUERIMIENTOS DE UN SISTEMA FEDERAL COMO EL NUESTRO.

SEÑALEMOS ALGUNAS DEFINICIONES:

ATENDIENDO AL CRITERIO DEL DERECHO ADMINISTRATIVO TENEMOS QUE:

GABINO FRAGA EXPLICA QUE "LA DESCENTRALIZACION HA OBEDECIDO A LA NECESIDAD DE DAR SATISFACCION A LAS IDEAS DEMOCRATICAS Y A LA CONVENIENCIA DE DAR MAYOR EFICACIA A LA GESTION DE INTERESES LOCALES O BIEN A LAS EXIGENCIAS DE NATURALEZA TECNICA DE LOS ACTOS QUE TIENE QUE REALIZAR LA ADMINISTRACION O BIEN POR UNA DESCARGA ADMINISTRATIVA HACIA ORGANISMOS PARTICULARES.

CORRESPONDIENDO A ESTOS TRES PROPOSITOS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, SE PLANTEAN TRES MODALIDADES DIFERENTES DE DESCENTRALIZACION.

- LA DESCENTRALIZACION POR REGION.
- LA DESCENTRALIZACION POR SERVICIO.
- LA DESCENTRALIZACION POR COLABORACION.

CONSIDERANDO QUE LAS CARACTERISTICAS ESENCIALES DE LA DESCENTRALIZACION SON: LA EXISTENCIA DE UNA PERSONALIDAD JURIDICA Y UN -

PATRIMONIO PROPIO, LA AUTONOMIA TECNICA (NO SOMETIDO EL ENTE A REGLAS DE GESTION ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERAS), LA AUTONOMIA ORGANICA (ESTO ES EL ENTE DEBE CONTAR CON PRERROGATIVAS PROPIAS DISTINTAS DEL PODER CENTRAL Y Oponer a este su esfera de autonomia). ESTE ULTIMO ELEMENTO ES EL QUE PUEDE SEÑALARSE COMO FUNDAMENTAL EN EL REGIMEN DE DESCENTRALIZACION YA QUE A TRAVES DE ESTA CARACTERISTICA EL ORGANO NO ESTA SUJETO A LOS PODERES JERARQUICOS. LA DESCENTRALIZACION SE CARACTERIZA POR UN RELAJAMIENTO DE VINCULOS QUE EXISTEN ENTRE LA AUTORIDAD CENTRAL Y EL ORGANO DESCENTRALIZADO, EN EL QUE LA FACULTAD DE NOMBRAMIENTO DEL PODER CENTRAL SE ENCUENTRA LIMITADA O SUPRIMIDA, LA FACULTAD DE MANDO DESAPARECE, EL PODER DISCIPLINARIO NO EXISTE, EL PODER DE VIGILANCIA SOLAMENTE SE APLICA PARA APRECIAR LA LEGALIDAD DEL ACTO, NO LA OPORTUNIDAD DEL MISMO. LAS FACULTADES QUE CONSERVA LA AUTORIDAD CENTRAL SON LAS INDISPENSABLES PARA CONSERVAR LA UNIDAD DEL PODER." (37)

OTRAS DEFINICIONES:

W. JIMENEZ CASTRO, DEFINE A LA DESCENTRALIZACION COMO LA "TRASLACION DE PARTE DEL PODER O DE LA AUTORIDAD A UNIDADES QUE SIGUEN PERTENECIENDO AL TODO ORGANIZADO, EL PROPOSITO DE LA DESCENTRALIZACION ES EL CUMPLIMIENTO DE LOS FINES GRACIAS A UNA MAYOR RELATIVA INDEPENDENCIA.

LA DESCENTRALIZACION ADOPTA DOS FORMAS GENERICAS, LA POLITICA QUE LLEVA A LA EXISTENCIA DE LOS ESTADOS FEDERALES, Y LA ADMINISTRATIVA QUE LLEVA A LA EXISTENCIA DE ORGANOS AUTARQUICOS Y AUTONOMOS SEGUN EL GRADO DE INDEPENDENCIA QUE RECIBAN. LA DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA PUEDE REVESTIR DOS FORMAS: LA TERRITORIAL Y LA FUNCIONAL. LA PRIMERA SURGE CUANDO LA PERSONA JU

(37) GABINO FRAGA, DERECHO ADMINISTRATIVO, EDIT. PORRUA 14a. ED. 1971, P.P. 203-205.

RIDICA QUE SE CONSTITUYE EJERCE EN UN TERRITORIO DETERMINADO VERDADERA JURISDICCION ADMINISTRATIVA, COMO ES EL CASO DE LOS MUNICIPIOS AUTONOMOS. LA DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA FUNCIONAL EXISTE, CUANDO LA PERSONA JURIDICA CREADA REALIZA FUNCIONES ESPECIALES PARA TODO EL PAIS, COMO SON LAS UNIVERSIDADES Y EMPRESAS PUBLICAS." (38)

EL GOBIERNO MEXICANO DEL PERIODO EN ESTUDIO, ENTELAZA EN SU DEFINICION CONCEPTOS DE DERECHO ADMINISTRATIVO CLASICO CON EL CONCEPTO DE TUTELA DERIVADO DE LA TEORIA DESCENTRALIZADORA DE PAISES UNITARIOS Y EXPLICA:

"LA DESCENTRALIZACION EN SENTIDO ESTRICTO ES UN ACTO JURIDICO POLITICO POR EL CUAL LA FEDERACION TRANSFIERE FACULTADES, FUNCIONES, PROGRAMAS Y RECURSOS A UNA PERSONA MORAL DE DERECHO PUBLICO CON AUTONOMIA TECNICA Y ORGANICA, CONSERVANDOSE LO QUE - LA DOCTRINA DENOMINA CONTROL DE TUTELA Y CONSECUENTEMENTE, ROMPIENDOSE LA LINEA JERARQUICA ENTRE EL QUE DESCENTRALIZA Y EL - QUE RECIBE LAS FACULTADES.

LA DESCENTRALIZACION PUEDE LLEVARSE A LA PRACTICA EN DOS AMBIENTOS: a) FUNCIONAL, CUANDO SE TRANSFIEREN FACULTADES HACIA UN ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO, QUE FORMA PARTE DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL Y b) TERRITORIAL, CUANDO SE TRANSFIEREN PROGRAMAS Y RECURSOS HACIA LOS NIVELES ESTATAL Y MUNICIPAL". (39)

CABE MENCIONAR QUE ESTA DEFINICION SE RETOMO PARA EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 84-88 MISMO QUE SUSTENTO EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION DE SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA.

(38) WILBUR JIMENEZ CASTRO, INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LA TEORIA ADMITIVA. P.15.

(39) MIGUEL DE LA MADRID, LAS RAZONES Y LAS OBRAS, F.C.E. 1984, P.244.

BOISIER EXPLICA QUE LA DESCENTRALIZACION "CONSISTE EN EL RECONOCIMIENTO DE COMPETENCIAS PROPIAS A ORGANISMOS QUE NO ESTAN JE-
RARQUICAMENTE SUBORDINADOS AL ESTADO, LO CUAL EXPLICA EL ESTABLECIMIENTO DE ORGANOS CON PERSONALIDAD JURIDICA PROPIA, CON PATRIMONIO Y NORMAS PROPIAS DE FUNCIONAMIENTO." (40)

VARONELLI REFIERE QUE "LA CENTRALIZACION Y LA DESCENTRALIZACION SE APLICAN A LA ACCION Y EFECTO DE MOVER HACIA EL CENTRO O HACIA LA PERIFERIA LA CAPACIDAD DE DECIDIR O CUANDO EL TRASLADO DE DICHO PROCESO SE HACE ENTRE UNIDADES POLITICAS (NACION, ESTADO, PROVINCIA O MUNICIPIO) SE HABLA DE CENTRALIZACION O DESCENTRALIZACION POLITICA; CUANDO EL MOVIMIENTO SE REALIZA DE DENTRO DE UN APARATO ADMINISTRATIVO SE LLAMA CENTRALIZACION O DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA." (41)

PARA GOSSELIN DESCENTRALIZAR SIGNIFICA "DELEGAR AUTORIDAD PARA QUE TOMEN DECISIONES AQUELLOS QUE TIENEN LA RESPONSABILIDAD DE IMPLANTARLAS." (42)

EL AUTOR PALMA DEFINE AL PROCESO DE DESCENTRALIZACION, CENTRALIZACION COMO UN "CONTINUO, CONDICIONADO POR FACTORES POLITICOS Y ECONOMICOS, SUJETO A DIVERSAS MODALIDADES DE AUTONOMIA Y CONTROL DE UN GRUPO SOCIAL SOBRE OTRO." (43)

(40) SERGIO BOISIER, UN DIFICIL EQUILIBRIO CENTRALIZACION DESCENTRALIZACION EN PLANIFICACION REGIONAL DOC. CPRD/CEPAL, SEPT. 1982, P.2.

(41) JUAN C. VARONELLI, LOS PROYECTOS DE TRANSFORMACION DE LOS SISTEMAS NAC. DE SALUD EN A.L., PROGRAMA DE DESA. DE SIST. DE SALUD, OPS/OMS, MEX 1984, P.P. 18-19.

(42) ROGER GOSSELIN, DESCENTRALIZACION EN HEALTH CARE, THE QUEBEC EXPERIENCIEN, HEALTH CARE MANAGEMENT REVIEW. 1984, P.8

(43) EDUARDO PALMA, LA DESCENTRALIZACION DESDE UNA PERSPECTIVA POLITICA, DOC. CPROD/90 CEPAL ILPES, 1983 P. 16

GARRIDO FALLA EXPLICA LA DESCENTRALIZACION EN UN SENTIDO DINAMICO, EXPRESANDO QUE "ES UN FENOMENO DE TRANSFERENCIA DE FUNCIONES O COMPETENCIAS DE LOS ORGANOS DE LA PERSONA JURIDICA ESTATAL A LAS DEMAS PERSONAS JURIDICAS PUBLICAS, ES LO QUE CONSTITUYE LA LLAMADA ADMINISTRACION INDIRECTA DEL ESTADO. LA DESCENTRALIZACION CONSISTE EN ESTE SENTIDO EN LA TRANSFERENCIA DE COMPETENCIAS DE LA ADMINISTRACION DIRECTA A LA ADMINISTRACION INDIRECTA DEL ESTADO. EN CAMBIO EN UN SENTIDO ESTATICO, LA DESCENTRALIZACION SIGNIFICA LA EXISTENCIA DE COMPETENCIAS PROPIAS EN MANOS DE ESTOS ENTES QUE CONSTITUYEN LA ADMINISTRACION INDIRECTA PARA DECIDIR DETERMINADAS CUESTIONES, CONCEPTO QUE ESTA EN FUNCION DE SU CONTRARIO LA CENTRALIZACION ADMINISTRATIVA." (44)

EL MISMO AUTOR REFIERE, COMO UNA DE LAS VARIANTES DE LA ADMINISTRACION INDIRECTA DEL ESTADO, LA DESCENTRALIZACION FUNCIONAL, DEFINIENDO A ESTA COMO "UN GRUPO DE ENTES INSTRUMENTALES QUE DESARROLLAN UNA ACTIVIDAD TOTALMENTE AL SERVICIO DEL ESTADO, CUYA PERSONALIDAD JURIDICA LES CONVIERTE EVIDENTEMENTE EN CENTRO DE IMPUTACION DE SITUACIONES Y RELACIONES JURIDICAS, PERO ESTO NO EVITA QUE EL ENTE Y EL ORGANISMO ESTATAL DEL CUAL DEPENDE ESTE ENTE, CONSTITUYAN UN COMPLEJO ORGANICO UNITARIO. LA RELACION DE DEPENDENCIA POR ESTO, ES MUY ESTRECHA, DISPONIENDO EL ESTADO DE ESPECIALES PODERES PARA INTERVENIR EN SU SENDO E INCLUSO DIRIGIR SU PROPIA ACTIVIDAD." (45)

2.3 CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA DESCENTRALIZACION.

AL HABLAR DE DESCENTRALIZACION SE HACE NECESARIO Y CONVENIENTE ANALIZAR CONCEPTOS COMO LA CENTRALIZACION, DESCONCENTRACION Y

(44) FERNANDO GARRIDO FALLA, LA DESCENT. ADVA. REVISTA DE ADMON PUBLICA 63/64, INAP, DIC. 1985, P.163

(45) IBIDEM, P.191.

DELEGACION ADMINISTRATIVA, POR SER FIGURAS O FORMAS ADMINISTRATIVAS QUE ASUME TAMBIEN LA ORGANIZACION ESTATAL Y QUE SUELEN -- VINCULARSE, FUSIONARSE O COEXISTIR CON ESTA.

CENTRALIZACION

"SE DICE QUE HAY CENTRALIZACION ADMINISTRATIVA, CUANDO LOS ORGANOS SE AGRUPAN COLOCANDOSE UNOS RESPECTO DE OTROS EN UNA SITUACION DE DEPENDENCIA TAL QUE ENTRE TODOS ELLOS EXISTA UN VINCULO QUE, PARTIENDO DEL ORGANO SITUADO EN EL MAS ALTO GRADO DE ESE -- ORDEN LOS VAYA LIGANDO HASTA EL ORGANO DE INFIMA CATEGORIA, A TRAVES DE DIVERSOS GRADOS EN LOS QUE EXISTEN CIERTAS FACULTADES.

LA RELACION JURIDICA QUE LIGA A LOS DIVERSOS ORGANOS SE DENOMINA RELACION DE JERARQUIA, Y LA CONSERVACION DE LA UNIDAD ESTA -- GARANTIZADA POR LA CONCENTRACION DEL PODER DE DECISION Y EL DE MANDO. DICHA CONCENTRACION LLEGA A ABARCAR HASTA EL ASPECTO TECNICO DE LOS ASUNTOS ADMINISTRATIVOS.

LA RELACION DE JERARQUIA QUE DEFINE LA DEPENDENCIA DE LOS ORGANOS INFERIORES RESPECTO DE LOS SUPERIORES ES LA SIGUIENTE:

- PODER DE NOMBRAMIENTO
- PODER DE MANDO
- PODER DE VIGILANCIA
- PODER DISCIPLINARIO
- PODER DE REVISION
- PODER DE RESOLUCION DE CONFLICTOS". (46)

EL OBJETO DE LA CENTRALIZACION ES "LA CONCENTRACION SISTEMATICA Y CONSISTENTE O LA RESERVA DE LA AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD EN UN NIVEL JERARQUICO EN PARTICULAR, CON EL FIN DE REUNIR EN UNA

SOLA PERSONA A CARGO, EL PODER DE TOMAR DECISIONES Y COORDINAR LAS LABORES DENTRO DE SU RESPECTIVO AMBITO DE ACCION". (47)

AL DESCRIBIR LOS ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA DESCENTRALIZACION Y LA CENTRALIZACION APARECE UNA DIFERENCIA BASICA, TOMANDO COMO REFERENCIA POR SUPUESTO LA TEORIA CLASICA DEL DERECHO ADMINISTRATIVO, QUE ES LA INEXISTENCIA DE RELACION JERARQUICA EN LA DESCENTRALIZACION Y LA EXISTENCIA DE ESTA EN LA CENTRALIZACION, QUE IMPLICA SEGUN LO HEMOS VISTO, UNA SERIE DE PODERES QUE EJERCEN LAS AUTORIDADES SUPERIORES RESPECTO DE LOS ACTOS Y TITULARES DE LOS ORGANOS DEPENDIENTES.

SI COMPARAMOS EL CONCEPTO DE DESCENTRALIZACION CONFORME SE DEFINE EN ALGUNAS MODALIDADES JURIDICAS, TAL COMO LA DESCENTRALIZACION FUNCIONAL (DESDE LA PERSPECTIVA DE LA CORRIENTE ITALIANA Y ESPANOLA) CON EL CONCEPTO DE CENTRALIZACION ENCONTRAMOS QUE HAY SEMEJANZA EN ELLOS, (MAS ADELANTE SE ABUNDARA SOBRE ESTE PLANTEAMIENTO).

DESCONCENTRACION

OTRA DE LAS FORMAS ORGANIZATIVAS DEL ESTADO A LA QUE SE HACE NECESARIO REFERIRNOS.

JIMENEZ CASTRO APUNTA AL RESPECTO QUE LA DESCONCENTRACION "ES UN MODO DE DISTRIBUCION DE FUNCIONES ADMINISTRATIVAS A ORGANISMOS ENCUADRADOS EN LA ADMINISTRACION Y QUE NO ESTAN EN LA CUSPIDE DE LA JERARQUIA ADMINISTRATIVA. EN OTROS TERMINOS IMPLICA LA TRASLACION DEL CENTRO BUROCRATICO A UNIDADES PERIFERICAS O FUNCIONALES PARA LOGRAR UNA MAYOR INMEDIATEZ CON RESPECTO AL ADMINISTRADO O CLIENTE Y EN CONSECUENCIA OFRECER UN MEJOR SERVICIO.

(47) VARIOS AUTORES, DICCIONARIO DE POLITICA Y ADMON PUBLICA. COLEG. DE LIC EN C.P. Y ADMON P. MEX 1978, PP. 386-387

LA AUTORIDAD DEL ORGANO DESCONCENTRADO TIENE LA NATURALEZA DE AUTORIDAD DELEGADA Y POR TANTO REVERSIBLE, ELLO NO IMPLICA SIN EMBARGO, QUE NO SE LE RECONOZCA UN PODER DISCRECIONAL, EN TAL VIRTUD EN LA DESCONCENTRACION SE MANTIENE LA JERARQUIA CON RESPECTO AL ORGANO CENTRAL Y LOS ORGANISMOS DESCONCENTRADOS ACTUAN (JURIDICAMENTE HABLANDO) SOLO CON LAS FACULTADES INHERENTES AL MANDATO". (48)

LA DESCONCENTRACION TAMBIEN ES CONSIDERADA COMO UNO DE LOS GRADOS DE DESCENTRALIZACION Y SIGNIFICA EN LA MAYORIA DE LOS CASOS LA TRANSFERENCIA DE VOLUMEN DE TRABAJO DE LA UNIDAD CENTRAL A UNA UNIDAD PERIFERICA SIN QUE ESTO SIGNIFIQUE UNA TRANSFERENCIA SIMULTANEA DE AUTORIDAD PARA TOMAR DECISIONES, EN PAISES CUYAS INSTITUCIONES ESTAN ALTAMENTE CENTRALIZADAS SIGNIFICA SOLAMENTE UNA DELEGACION DE FUNCIONES Y NO DE PODER, PERO ES IMPORTANTE Y TRASCENDENTE PORQUE PUEDE SIGNIFICAR EL PRIMER PASO A UNA DESCONCENTRACION MAS EXTENSA EN OPINION DE ALGUNOS ESTUDIOSOS.

ESTE TERMINO DESCONCENTRACION, ESTA RELACIONADO CON LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS Y FUNCIONES, ENTENDIENDOSE ESTAS COMO TAL Y NO COMO UNA DELEGACION DE AUTORIDAD POR PARTE DE LA UNIDAD CENTRAL. EN LA DESCONCENTRACION EL NIVEL ORGANIZACIONAL QUE RECIBE LAS ATRIBUCIONES CARECE DE IDENTIDAD JURIDICA Y PATRIMONIAL.

CONFORME AL DICCIONARIO DE POLITICA Y ADMINISTRACION PUBLICA, LA DESCONCENTRACION CONSISTE "EN ATRIBUIR FACULTADES DE DECISION A ALGUNOS ORGANOS DE LA ADMINISTRACION, LOS CUALES A PESAR DE RECIBIR TALES FACULTADES, SIGUEN SOMETIDOS A LOS PODERES JERARQUICOS SUPERIORES.

EXPLICA QUE ES UNA FORMA DE ORGANIZACION ADMINISTRATIVA QUE SE SITUA ENTRE LA CENTRALIZACION Y LA DESCENTRALIZACION, ES LA COMPETENCIA DECISORIA QUE EJERCEN EN UN AMBITO GEOGRAFICO DETERMI-

NADOS ORGANOS DISTRIBUIDOS EN EL TERRITORIO NACIONAL, MISMOS - QUE ESTAN UNIFICADOS POR LA AUTORIDAD JERARQUICA QUE SOBRE --- ELLOS CONSERVA EL ORGANOS CENTRAL QUE LES TRANSFIRIO DICHA FACULTAD DE DECISION.

EL PROPOSITO FUNDAMENTAL DE LA DESCONCENTRACION ES HACER QUE LA ADMINISTRACION PUBLICA VAYA AL CIUDADANO Y NO QUE EL CIUDADANO VENGA HACIA ELLA, A FIN DE PROPORCIONAR LOS SERVICIOS CON MAYOR CERCANIA, RAPIDEZ, JUSTICIA, OPORTUNIDAD Y CALIDAD A TODOS LOS HABITANTES". (49)

DEFINIDA LA DESCONCENTRACION ES CONVENIENTE ESTABLECER LA DIFERENCIA ENTRE ESTE CONCEPTO Y LA DESCENTRALIZACION.

VEAMOS QUE LA DESCONCENTRACION SE LIMITA A LA TRASLACION DE FUNCIONES POR PARTE DEL PODER CENTRAL, EL ORGANOS NO CUENTA CON PERSONALIDAD JURIDICA PROPIA Y MANTIENE ADEMAS UNA RELACION DE DEPENDENCIA JERARQUICA EN DONDE SIGUEN PREVALECIENDO ORDENES Y - DIRECTRICES DICTADAS POR EL ORGANOS SUPERIOR, INCLUSO EN ESTA - FORMA DE ORGANIZACION EL PODER CENTRAL PUEDE LLEGAR HASTA LA REVOCACION DE LOS ACTOS DEL ORGANOS DESCONCENTRADO. SU CARACTERISTICA ES EL ACERCAMIENTO GEOGRAFICO DE LOS SERVICIOS QUE SE OTORGAN AL CIUDADANO.

EN CAMBIO LA DESCENTRALIZACION DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA - DOCTRINA CLASICA DEL DERECHO ADMINISTRATIVO, SE DIFERENCIA DE LA DESCONCENTRACION PORQUE IMPLICA LA EXISTENCIA DE UNA PERSONA JURIDICA COMO SUJETO DE DERECHOS Y DEBERES PROPIOS, LA EXISTENCIA DE UN PATRIMONIO PROPIO Y CUENTA CON AUTONOMIA TECNICA Y ORGANICA (SOBRE TODO ESTA ULTIMA), PARA SU FUNCIONAMIENTO.

NUEVAMENTE SI COMPARAMOS EL CONCEPTO DE DESCONCENTRACION AHORA EN RELACION CON LA MODALIDAD DE LA DESCENTRALIZACION FUNCIONAL

(49) DICCIONARIO DE POL. Y ADMON PUBLICA. OP. CIT. PP. 386-387.

(TAL COMO ESTA ES UTILIZADA EN PAISES CENTRALIZADOS) ENCONTRAMOS QUE AUNQUE ESTA ULTIMA CUENTA CON PERSONALIDAD JURIDICA, ES TO NO EVITA SU DEPENDENCIA DEL ORGANO ESTATAL CENTRAL, FORMANDO PARTE DE EL, POR LO QUE OPERA CON RECURSOS Y DIRECCION DEL MISMO LO QUE UNICAMENTE SE EFECTUA A TRAVES DE ESTA FIGURA JURIDICA ES UNA TRANSFERENCIA DE FUNCIONES. POR LO QUE PODEMOS DECIR QUE AMBOS CONCEPTOS DESCONCENTRACION Y DESCENTRALIZACION FUNCIONAL SON COINCIDENTES.

DELEGACION

OTRO ELEMENTO A COMENTAR ES LA DELEGACION DE FACULTADES, PODEMOS DECIR QUE ESTA CONSISTE EN LA TRANSFERENCIA DE RESPONSABILIDADES, BUSCANDO ACERCAR LA RESOLUCION DE TRAMITES Y LA PRESTACION DE SERVICIOS AL LUGAR EN QUE SE GENERAN LAS DEMANDAS, SIN QUE SE PIERDA LA POSIBILIDAD DE QUE LA UNIDAD CENTRAL ASUMA DIRECTAMENTE EL EJERCICIO DE LAS FACULTADES DELEGADAS. TAMBIEN SE CONSIDERA DELEGACION LA ACCION POR LA CUAL UN DIRECTIVO TRANSFIERE TRANSITORIAMENTE A UN SUBORDINADO AUTORIDAD PARA TOMAR DE TERMINADAS DECISIONES AUNQUE SIN PERDER LA RESPONSABILIDAD PRINCIPAL DE LAS MISMAS.

2.4 DESCENTRALIZACION Y FEDERALISMO

LA DESCENTRALIZACION ES UN TEMA INTIMAMENTE LIGADO AL REGIMEN POLITICO DE NUESTRO PAIS Y PARA HABLAR DE ELLA SE HACE NECESARIO AUNQUE SEA BREVEMENTE REMITIRNOS A SUS ANTECEDENTES.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA CONFORMACION DEL ESTADO NACIONAL, MEXICO ENTRA A LA HISTORIA COMO UNA NACION MARCADA POR LA DESIGUALDAD Y PROBLEMATICA ECONOMICA Y CON RAICES ESTABLECIDAS EN EL ABSOLUTISMO POLITICO Y EL CENTRALISMO ADMINISTRATIVO, QUE DA

TA DESDE LOS AZTECAS Y SE REAFIRMA POSTERIORMENTE CON EL DOMINIO ESPAÑOL.

EL SISTEMA FEDERAL SE ESTABLECE EN EL PAIS EN 1824 AL CONSUMARSE LA INDEPENDENCIA COMO UNA TENDENCIA DEMOCRATICA (DE ELIMINACION DEL IMPERIO Y COMO INTENTO DE TRANSFORMACION DE LA ORGANIZACION SOCIAL MEXICANA PARA CREAR VIDA INDEPENDIENTE) CONSECUENCIA DE LAS IDEAS POLITICAS DE LOS LIBERALES MEXICANOS.

ALGUNOS AUTORES SOSTIENEN QUE EL ESTABLECIMIENTO DE DICHO FEDERALISMO SOLO FUE UNA IMITACION EXTRALOGICA DEL SISTEMA NORTEAMERICANO, OTROS SE INCLINAN POR ARGUMENTAR QUE FUE LA DERIVACION LOGICA DE LA EXISTENCIA DE UNA DESCENTRALIZACION DE LOS ULTIMOS AÑOS DE LA COLONIA, POR LA DESUNION QUE SE ESTABA PRESENTANDO EN EL PAIS. (CONSTITUCION DE CADIZ 1812 EN LA QUE SE ESTABLECIO QUE CADA PROVINCIA DE ULTRAMAR FUERA GOBERNADA POR UN JEFE POLITICO, UN INTENDENTE Y UNA DIPUTACION PROVINCIAL, PARA 1821 YA SE HABIAN INTEGRADO 14 PROVINCIAS).

NOS ADHERIMOS A LA PRIMERA TENDENCIA, CONSIDERAMOS QUE LA FEDERACION EN NUESTRO PAIS NO NACE CON LOS ANTECEDENTES NECESARIOS PARA PERMITIR EL EQUILIBRIO; EL FEDERALISMO EN NUESTRO CASO SE FORMO POR EL CONJUNTO DE HABITANTES Y/O REGIONES QUE FUERON SOMETIDOS A UN PROCESO DE ACEPTACION DE NORMAS COMUNES DESDE UN CENTRO DOMINANTE SIN CONTRAPESO, NO FUE UNA UNIFICACION CONSENSUAL, EN ESTE SENTIDO EL ESTADO QUE SE DEFINE TIENE UNA FUERTE CARGA UNITARIA QUE CONLLEVA AL ESTABLECIMIENTO EN EL NUEVO REGIMEN DE UN GOBIERNO FEDERAL EN LO FORMAL Y CENTRALIZADO EN LO OPERATIVO, EN EL QUE SE MANTIENE LA ESTRUCTURA GEOGRAFICA COLONIAL.

LA VIDA POLITICA INDEPENDIENTE SE DESARROLLA CON VARIOS CENTROS DE IMPORTANCIA EN EL PAIS, PERO CON DOTACION A UNO DE ELLOS DE HEGEMONIA Y AMPLIOS PODERES CONCENTRADOS.

ANGEL BASSOLS COMENTA QUE LA FEDERACION EN NUESTRO PAIS "HA SIDO SIEMPRE NO OTRA COSA QUE UNA UNIDAD PURAMENTE JURIDICA, DE NINGUN MODO UN SERIE DE FENOMENOS SOCIALES, ECONOMICOS O REALES SINO UNA SERIE DE CONCEPTOS QUE SE VIERTEN EN LA CONSTITUCION - PARA QUE LLEGUEN A LOS ESTADOS, CONSECUENCIA DE ESTO, UN PREDOMINIO DE LA FEDERACION SOBRE LOS ESTADOS". (50)

ENTRE LOS ELEMENTOS BASICOS QUE COADYUVAN A LA EXISTENCIA DE UN ESTADO JURIDICAMENTE FEDERAL PERO EN LA PRACTICA CENTRALISTA SE DESTACAN.

EN LO POLITICO, MEXICO, ES UN ESTADO AUTORITARIO CON LA EXISTENCIA DE UN PRESIDENCIALISMO ABSOLUTISTA CUYO EFECTO HA SIDO NITIDAMENTE CONCENTRADOR YA QUE A TRAVES DE LA BUROCRACIA DEPENDIENTE DE EL (SECRETARIAS) INTERVIENEN EN LOS ASUNTOS INTERNOS DE LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN LA FEDERACION, MATRIZ ADMINISTRATIVA QUE AMPLIA LA CONCENTRACION EN LA MISMA MEDIDA EN QUE AUMENTAN LAS FUNCIONES ENCARGADAS AL ESTADO.

LA CONCENTRACION DEL PODER POLITICO TAMBIEN SE EVIDENCIA CUANDO EL ESTADO IMPONE NORMAS HOMOGENEAS DESDE EL CENTRO, IMPULSA LOS PLANES DESDE UNA DEPENDENCIA O MINISTERIO Y EL VERDADERO CONTROL LO EJERCEN LOS REPRESENTANTES DEL PRESIDENTE EN SUS TAREAS DIRECTIVAS.

OTRO ELEMENTO DE CONCENTRACION DEL PODER POLITICO ES EL PREDOMINIO DEL PODER CENTRAL EN LO FINANCIERO (DEBIDO AL PROCESO CENTRALIZADOR DE RECURSOS FISCALES) QUE TORNA A LOS ORGANOS DEPENDIENTES YA SEAN CONCENTRADOS O DESCONECENTRADOS Y PONE A MERCED DE LA AYUDA FEDERAL A LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA FEDERACION, DEJANDO ASI SIN CONTENIDO AL FEDERALISMO.

(50) ANGEL BASSOLS B., ESTADO FEDERALISMO Y CONCENTRACION EN - MEX. EL FEDERALISMO Y LA COORD. FISCAL, UNAM 1981, P.50

LA CONCENTRACION DEL PODER POLITICO SE MANIFIESTA ASI MISMO POR LA EXISTENCIA DE UN PARTIDO PREDOMINANTE QUIEN CONTROLA AL SECTOR POPULAR Y PROPICIA LA DESACTIVACION POLITICA DE MASAS.

NUESTRO PRESIDENCIALISMO EXPLICA EDUARDO PALMA "SINCRETIZA FORMALMENTE LA FIGURA INSTITUCIONAL NORTEAMERICANA DEL PRESIDENTE, CON LA PRACTICA FRANCESA DE LA CONCENTRACION NAPOLEONICA DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO, QUE SUPONE LA ARTICULACION DE UN COHERENTE SISTEMA DE ORGANOS Y AGENTES, DISTRIBUIDOS POR TODO EL TERRITORIO Y VINCULADOS POR UNA RELACION DE JERARQUIA E INCIENDIENDO SOBRE UNA REALIDAD JURIDICA QUE LES ES AJENA". (51)

PARTICIPA EN LA TENDENCIA CONCENTRADORA DEL PODER EL MODELO ECONOMICO ADOPTADO EN EL PAIS QUE IMPLICA, EL ENCUADRAMIENTO TOTAL DEL ESTADO EN EL CAPITALISMO NEOLIBERAL, EN EL QUE LA PRESENCIA DE CAPITAL MONOPOLICO AUNADO A LA CARACTERISTICA DE UNA ECONOMIA NACIONAL SUBDESARROLLADA Y DEPENDIENTE, HA CONFIGURADO UN DIAGRAMA REGIONAL DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA CONCENTRADORA Y EXCLUYENTE, SOMETIDA A FUERTES CONDICIONAMIENTOS EXTRAREGIONALES EN DONDE LAS RELACIONES SOCIALES DE PRODUCCION, DISTRIBUCION Y CONSUMO QUE DEFINEN EL TIPO DE ACUMULACION DE CAPITAL, LLEVAN EN SU SENDO UNA PROFUNDA REORGANIZACION AUTORITARIA DEL ESTADO, ALENTANDO LA CENTRALIZACION, POR LA NECESIDAD DE LA INTEGRACION DE CENTROS PRODUCTIVOS Y TECNOLOGICOS AMPLIAMENTE CONCENTRADOS.

POR ULTIMO PODEMOS SENALAR QUE EN LA PRACTICA JURIDICA LA FEDERACION SE MANEJA COMO UN ESTADO UNITARIO, DEBIDO A QUE LOS ESTADOS MIEMBROS NO SE INTERPONEN A LA FEDERACION CUANDO ESTA LES-IMPONE SUS DECISIONES.

ASI MISMO LA CANTIDAD DE TECNICAS JURIDICAS QUE SE HAN ESTABLECIDO DENTRO DEL MARCO CONSTITUCIONAL PARA LLEVAR A CABO EL FEDERALISMO, SE HAN CONVERTIDO INVARIABLEMENTE EN TECNICAS PARA EL

(51) EDUARDO PALMA. OP. CIT. P. 6.

FORTALECIMIENTO DEL PODER CENTRAL.

LOS PROCESOS YA MENCIONADOS HAN SIGNIFICADO EN NUESTRO PAIS, EL INCREMENTO DE PODERES CENTRALES AUN CUANDO LA INTENCION PREVIA Y DECLARADA PERMANENTEMENTE HAYA SIDO LA DE FORTALECER EL FEDERALISMO Y LA DESCENTRALIZACION DE LA VIDA NACIONAL.

COMO PODEMOS CONSTATAR EL CONDICIONAMIENTO HISTORICO DE 150 - AÑOS HA SIDO SUFICIENTE PARA AFIANZAR EL FENOMENO CENTRALIZA - DOR, APOYADO POR LAS ESTRUCTURAS SOCIALES Y POLITICAS QUE SUS - TENTA EL REGIMEN DEL PAIS, EL QUE SE CONTRAPONA A UNA POLITICA ESTATAL DESCENTRALIZADORA, DEJANDOLA EN EL PLANO RETORICO.

EL GRAN MITO QUE REFUERZA Y EN EL QUE SE APOYAN LOS INTERESES O LAS FUERZAS TENDIENTES A CONSERVAR LA CENTRALIZACION DEL PODER, ES EL ARGUMENTO DE QUE ESTA OFRECE "UN VALOR DE IGUALDAD ANTE LA SOLUCION DE PROBLEMAS Y SE LE CONCEDE UNA VIRTUD UNIFICADORA SEGUN SE DICE, EN ORDEN A EVITAR LOS POSIBLES PELIGROS QUE PARA LA UNIDAD DEL ESTADO PUEDE SUPONER UNA ORGANIZACION DESCENTRALI ZADA. SEÑALAMOS LA FALACIA DE TAN TOPICAS ARGUMENTACIONES, YA QUE ES TOTALMENTE INEXACTO QUE LA UNIFORMIDAD QUE POSTULA EL - CENTRALISMO CONDUZCA A LA UNIDAD, CONDUZCA SI SE QUIERE A UNA SITUACION FORMAL, APARENTE, FICTICIA Y DE MODO TOTALMENTE AJENO A LA REALIDAD DE LA PROPIA VIDA NACIONAL, PODRA PRESENTARSE NOS COMO MAS O MENOS UNIFORME, PERO NUNCA COMO UNA UNIDAD REAL". (52)

ENTENDIENDOSE A LA VEZ "QUE LA ESTRUCTURA DESCENTRALIZADA NO AL TERA NI MENOSCABA EL PROPIO SENTIDO DE LA VIDA NACIONAL, QUE - CONTRARIAMENTE PELIGRA MUCHO MAS CON LOS PLANTEAMIENTOS FORMA - MALES Y UNIFORMES QUE LA CENTRALIZACION CONSAGRA, EN NINGUN MO - MENTO SE POSTULA EL DEBILITAMIENTO DEL ESTADO, LA ORDENACION - FUNDAMENTAL DE LA ACTIVIDAD POLITICA SOCIAL Y ECONOMICA CORRES - PONDEN A ESTE". (53) Y AL CUAL SE LE DEBE DE CONSIDERAR POR ENDE

(52) SEBASTIAN MARTIN RETORTILLO BAQUER, OP.CIT.P.149

COMO EL ELEMENTO DETERMINANTE EN LA PROMOCION Y CONTROL DE LA -
GESTION DESCENTRALIZADA.

ESTAS ULTIMAS IDEAS SON RELEVANTES PARA NUESTRO TRABAJO Y ES -
FUNDAMENTAL Y NECESARIO DESTACARLAS EN EL SENTIDO DE QUE EL CON-
CEPTO DE TUTELA (QUE HA RETOMADO EL ESTADO MEXICANO PARA APLI-
CARLO A LA DESCENTRALIZACION) SE APOYA BASICAMENTE EN EL GRAN
MITO Y RAZON DE SER DE LA CENTRALIZACION, QUE ES, NO ARRIESGAR
Y PONER EN PELIGRO LA UNIDAD DEL PODER. Y ES EVIDENTE QUE DICHA
UNIDAD EN EL CASO DE LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE
SALUD, NO SE CUESTIONA DE NINGUNA FORMA, YA QUE SOLO SE TRATA
DE UNA DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA QUE SOLO AFECTA LA FUN-
CION DE EJECUCION.

2.5 LA ESTRATEGIA DESCENTRALIZADORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

LA TENDENCIA A LA CENTRALIZACION EN NUESTRO REGIMEN FEDERAL, -
PRODUCTO HISTORICO DE PROCESOS JURIDICOS, SOCIALES, ECONOMICOS
Y POLITICOS YA COMENTADOS, HAN CONFORMADO EN LA REALIDAD, DE -
NUESTRA ADMINISTRACION PUBLICA, ESTRUCTURAS DE ORGANIZACION QUE
TRANSITAN ENTRE LA CENTRALIZACION Y LA DESCONCENTRACION ADMINIS-
TRATIVA, AUN CUANDO LAS POLITICAS Y PROGRAMAS MODERNIZADORES DE
LOS GOBIERNOS EN TURNO HAYAN DECLARADO LA INTENCION DE REALIZAR
Y HASTA HAYAN REALIZADO PROYECTOS DESCENTRALIZADORES.

LA COEXISTENCIA Y TRANSITO ENTRE EL FEDERALISMO EN LO FORMAL Y
EL CENTRALISMO EN LA PRACTICA DE NUESTRA ADMINISTRACION PUBLICA
CONFORMAN EL MARCO QUE ALCANZA ENVUELVE Y DEL QUE NO SE SUSTRAE
EL PROYECTO MOTIVO DE ESTUDIO, LA DESCENTRALIZACION DE LOS SER-
VICIOS DE SALUD.

LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL A TRAVES DE LA SECRETARIA DE SALUD SE AVOCO A REALIZAR EL PROYECTO DE DESCENTRALIZACION DE - LOS SERVICIOS DE SALUD SIN ACLARAR DOCTRINARIAMENTE LA NATURALEZA DE LA MISMA, PRESENTANDOLA POLITICAMENTE COMO UNA SIMPLE DES CENTRALIZACION Y DEJANDO QUE HACIA EL INTERIOR ESTRUCTURAS (CENTRALES Y GOBIERNOS ESTATALES) Y HACIA EL EXTERIOR (OPINION PUBLICA), SE MANEJARA LA IDEA DE UNA DESCENTRALIZACION CLASICA. (RESULTADO DE LOS COMPROMISOS FEDERALES CENTRALES DE LA ADMON PUBLICA).

POR SU INSTRUMENTACION IDENTIFICAMOS QUE EL PROYECTO DESCENTRALIZADOR SE EFECTUO DOCTRINARIAMENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE UN ESTADO UNITARIO (A TRAVES DE LA FIGURA JURIDICA DE ENTES FUNCIONALMENTE DESCENTRALIZADOS EN 100% RETOMADA DEL DERECHO ADMINISTRATIVO ESPANOL, PAIS UNITARIO Y APLICADA SIN MODIFICACIONES NI ADECUACIONES A NUESTRA REALIDAD FEDERAL) Y NO DESDE EL ENFOQUE DE UN ESTADO FEDERAL.

VEAMOS QUE SIGNIFICADO TIENE ESTO:

A NUESTRO JUICIO, LA ESTRATEGIA FEDERAL DE DESCENTRALIZACION, - DEBIO HABER SIDO CONGRUENTE CON LA TEORIA CLASICA DEL DERECHO ADMINISTRATIVO QUE COMO MENCIONAMOS AL INICIO DE ESTE CAPITULO, ES LA UNICA QUE REALMENTE PLANTEA UNA DESCENTRALIZACION, ESTO ES, QUE "LA DESCENTRALIZACION DESDE UN PUNTO DE VISTA ADMINISTRATIVO IMPLICA UN CAMBIO EN EL REPARTO DEL PODER, IMPLICA EL ACCESO AL PODER DE NUEVAS ELITES MEDIANTE LA MODIFICACION DE - LAS REGLAS DEL JUEGO. Y DESDE UN PUNTO DE VISTA POLITICO LA DESCENTRALIZACION ES AL MISMO TIEMPO UN RECONOCIMIENTO DE NUEVOS - INTERESES Y EN PARTICULAR UNA DISTRIBUCION DE LA RIQUEZA ECONOMICA, IMPLICA LA REFORMA DEL APARATO BUROCRATICO Y HACE QUE SEA POSIBLE EL CAMBIO POLITICO". (54)

(54) IBIDEM, P.226.

EN CAMBIO LA ESTRATEGIA "DESCENTRALIZADORA DEL ESTADO UNITARIO, SE CARACTERIZA POR UNA DESCONCENTRACION ADMINISTRATIVA DE RECURSOS LA CUAL REQUIERE PARA AVANCE DEL PROCESO QUE SE INSTITUCIONALICE LA NUEVA DISTRIBUCION DEL PODER A TRAVES DE INSTRUMENTOS JURIDICOS (CONVENIOS), SE CARACTERIZA ASI MISMO POR ESTABLECER CONTROLES, COMO ES EL CONTROL DE TUTELA EL CUAL SE EXPRESA SOBRE ACTOS, DECISIONES, CONTROL JERARQUICO, FISCALIZACION". (55)

DESPUES DE ANALIZAR ESTOS DOS CONCEPTOS Y TOMANDO COMO EJE EL CRITERIO DESCENTRALIZADOR CLASICO DEL DERECHO ADMINISTRATIVO, - PODEMOS DECIR QUE, DESDE LA PERSPECTIVA DE UN ESTADO FEDERAL, LA DESCENTRALIZACION QUE SE LLEVO A CABO EN LOS SERVICIOS DE SALUD FUE SOLO UN "REFORZAMIENTO" A LA DESCONCENTRACION ADMINISTRATIVA EXISTENTE O HASTA PODRIAMOS HABLAR DE UNA TENDENCIA MODERNIZADORA DEL APARATO BUROCRATICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y Y DESDE EL ENFOQUE DE UN ESTADO UNITARIO SE LLEVO A CABO UNA - DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA.

PARA FUNDAMENTAR ESTE PLANTEAMIENTO ABORDAREMOS LO QUE LA TEORIA ESPANOLA (ESTADO EMINENTEMENTE UNITARIO) CONCIBE COMO DESCENTRALIZACION FUNCIONAL O ENTES FUNCIONALMENTE DESCENTRALIZADOS, QUE COMO YA LO HABIAMOS MENCIONADO DESDE NUESTRO PUNTO DE VISTA, FUE EL CONCEPTO QUE SE RETOMO PARA LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA JUNTO CON EL IMPORTANTE CONCEPTO LIGADO A ESTA, EL CONTROL DE TUTELA.

ABORDAREMOS EN ESTE CAPITULO LA PARTE TEORICA, LA CUAL SE CONFRONTARA CON EL CASO PRESENTADO EN LOS SUBSIGUIENTES CAPITULOS.

2.6 DESCENTRALIZACION FUNCIONAL O ENTES FUNCIONALMENTE DESCENTRALIZADOS.

(55) EDUARDO PALMA, OP. CIT. P. 29.

LA FINALIDAD DE ESTA DESCENTRALIZACION AFIRMA FERNANDO GARRIDO FALLA " ES LA CREACION DE UN ORGANISMO AGIL PARA REALIZAR DETERMINADA FUNCION ESTATAL. ESTAMOS ANTE UNA PURA GESTION DE TECNICA JURIDICO ADMINISTRATIVA. NO HAY INCLUSO INCONVENIENTE PARA QUE ESA MISMA FINALIDAD SE HUBIESE ENCOMENDADO A UN SERVICIO - CENTRALIZADO.

DESDE UN ANGULO JURIDICO LA CAUSA FUNDAMENTAL QUE HA IMPULSADO AL ESTADO A CREAR ESTOS ORGANISMOS DOTADOS DE PERSONALIDAD JURIDICA PROPIA, ESTA EN BUSCAR LAS VENTAJAS Y EL AMPARO DE UN - ESTATUTO JURIDICO ESPECIAL, QUE PERMITA A ESTOS ENTES EVADIRSE DE LA LENTITUD E INFLEXIBILIDAD DEL DERECHO ADMINISTRATIVO GENERAL.

LA PERSONALIDAD JURIDICA QUE SE DA AL NUEVO ORGANO ES SOLO UNA CONVENCION TECNICA QUE SE CONCEDE PARA LA PROTECCION DE LOS INTERESES DEL PROPIO ESTADO, SI A UN ORGANO ESTATAL SE LE CONFIERE PERSONALIDAD JURIDICA, DEJA DE SER ORGANO SE CONVIERTE EN ENTE PERO MATERIALMENTE SIGUE ACTUANDO COMO UN ORGANO PERTENECIENTE A LA ADMINISTRACION PUBLICA, SU CARACTER SIGUE SIENDO RIGOROSAMENTE ESTATAL Y ACTUAN COMO ORGANOS DE LA ORGANIZACION TOTAL DEL ESTADO POR ESO SE DICE QUE SON ENTES INSTRUMENTALES.

EN ESTA DESCENTRALIZACION LA GESTION SOCIAL DEL ENTE NO SE DA EN ABSOLUTO Y EL ESTADO POR NORMA DEL MISMO RANGO QUE CREO ESTE ENTE, PUEDE VARIAR SUS FINES O DISMINUIR SU CAPITAL E INCLUSO SUPRIMIRLO, HE AQUI LOS RAZGOS DE TUTELA QUE PESAN SOBRE ESTOS ORGANISMOS.

LA IMPORTANCIA DE LA EXISTENCIA DE ESTAS ENTIDADES ES QUE ROMPEN CON EL TIPICO UNIFORMISMO CENTRALIZADOR GENERANDO UNA NUEVA MODALIDAD DE ADMINISTRACION CENTRALIZADA". (56)

SE IDENTIFICAN TRES TIPOS DE ENTES FUNCIONALMENTE DESCENTRALIZADOS EN RELACION A LA PROXIMIDAD QUE GUARDAN RESPECTO DEL ESTADO.

- a) "ENTES CUYA ACTIVIDAD ESTATAL ES RELEVANTE.
- b) ENTES QUE ADMINISTRAN INTERESES PROPIOS PERO QUE CUIDAN AUTENTICAMENTE LOS INTERESES ESTATALES.
- c) ENTES QUE DESARROLLAN ACTIVIDADES TOTALMENTE AL SERVICIO DEL ESTADO PUES SUS INTERESES COINCIDEN CON LOS DE ESTE Y SE LES LLAMA POR ELLO ENTES INSTRUMENTALES DEL ESTADO, SU PERSONALIDAD JURIDICA LOS CONVIERTE EN CENTRO DE IMPUTACION Y RELACION JURIDICA, PERO ESTO NO EVITA QUE EL ENTE Y EL ORGANO ESTATAL DEL CUAL DEPENDE ESTE ENTE, CONSTITUYAN UN COMPLEJO ORGANICO UNITARIO, LA RELACION DE DEPENDENCIA ES MUY ESTRECHA DISPONIENDO EL ESTADO DE ESPECIALES PODERES PARA INTERVENIR EN SU SENO E INCLUSO DIRIGIR SU PROPIA ACTIVIDAD". (57)

ESTE ULTIMO TIPO DE ENTE DESCRITO, ES EL MAS REPRESENTATIVO, Y CLASICO DE LA DESCENTRALIZACION FUNCIONAL O ENTES FUNCIONALMENTE DESCENTRALIZADOS EL CUAL CONSIDERAMOS SE TOMO COMO BASE PARA EFECTUAR LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA SSA.

MODELO QUE COMO YA DIJIMOS, NUNCA SE ESPECIFICO CLARAMENTE AL INSTRUMENTARLO Y QUE DENOTO LA HABILIDAD Y AGUDEZA POLITICA DE LOS PLANEADORES Y DIRECTORES DE LA DESCENTRALIZACION, CREANDO ASI EXPECTATIVAS, AMBIGUEDADES, CONFUSIONES HACIA EL INTERIOR (PARTICIPANTES, RECEPTORES) DEJANDO QUE SE ESPECULARA Y JUGARA CON LOS CONCEPTOS CLASICOS DEL DERECHO ADMINISTRATIVO, A LA VEZ QUE EL PROCESO CUMPLIA AL EXTERIOR CON SU FUNCION DE LEGITIMACION ANTE LA OPINION PUBLICA.

AHONDEMOS EN EL CONCEPTO DE TUTELA DE LAS ENTIDADES FUNCIONALMENTE DESCENTRALIZADAS YA QUE A TRAVES DE ESTE, ENCONTRAMOS EL ENCUADRAMIENTO TOTAL DEL TIPO DE DESCENTRALIZACION QUE SE LLEVO A CABO EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

DENTRO DE LA TEORIA CLASICA DEL DERECHO ADMINISTRATIVO LAS PERSONAS JURIDICAS QUE SE CONSTITUYEN TIENEN MAS O MENOS PODER DE COMPETENCIA E INDEPENDENCIA RESPECTO DEL PODER CENTRAL.

EN LA DESCENTRALIZACION FUNCIONAL OCURRE LO CONTRARIO, HABLAR DE TUTELA ES HABLAR DE UN NEXO DE DEPENDENCIA, PODERES DE CONTROL FISCALIZACION Y HASTA DE JERARQUIA SOBRE TALES ENTIDADES; POR OTRA PARTE ESTOS ENTES NO SE APOYAN EN INTERESES PROPIOS Y AUNQUE TENGAN PERSONALIDAD JURIDICA NO PUEDEN UTILIZAR RECURSOS CONTRA LAS DISPOSICIONES DEL PODER CENTRAL EL QUE INVADE LA ESFERA DE AUTONOMIA QUE SE OTORGA A ESTAS ENTIDADES, ESTO ES, EL ENTE SOMETIDO A TUTELA NO PUEDE RECURRIR CONTRA LA RESOLUCION DEL MINISTERIO DEL CUAL DEPENDE.

LA TEORIA FRANCESA Y ESPAÑOLA DEL DERECHO ADMINISTRATIVO (PAISES UNITARIOS) EXPLICAN EL SIGNIFICADO DE LA TUTELA.

"LA TUTELA AFECTA A TODAS LAS PERSONAS JURIDICAS PUBLICAS INMERSAS EN LA ORGANIZACION ESTATAL Y ESE ENCUADRAMIENTO ES LO QUE DETERMINA SU DEPENDENCIA.

LA TUTELA SOBRE ENTIDADES FUNCIONALMENTE DESCENTRALIZADAS ES LA MAS INTENSA Y AUN EN LOS CASOS EN QUE DICHAS ENTIDADES GOZAN DE PERSONALIDAD DISTINTA DEL ESTADO NO SE TRATA DE PERSONAS INDEPENDIENTES DEL MISMO Y ELLO SE EXPLICA POR LA NECESARIA COORDINACION Y UNIDAD QUE DEBE DE EXISTIR EN TODA ACTIVIDAD PUBLICA Y CONSEGUIR CON ELLO LA MAXIMA EFICACIA DE ACUERDO CON EL CONCEPTO DE UNIDAD DE PODER.

EL ESTADO ESTA HABILITADO JURIDICAMENTE EN TODO MOMENTO, PARA

ADOPTAR CON RESPECTO A LOS ENTES LAS MEDIDAS NORMATIVAS Y DE FISCALIZACION QUE SEAN PRECISAS, SIN MENGUA DE LA DIVERSIDAD AUTONOMIA Y ACTIVIDAD QUE CONSTITUYEN RAZON Y PROPUESTAS BASICAS DE SU EXISTENCIA.

DE ESTE RAZONAMIENTO SE DESPRENDE EN EL DERECHO ESPANOL Y FRANCES LA DEFINICION DE TUTELA COMO; "UN CONJUNTO DE PODERES "LIMITADOS" CONCEDIDOS POR LA LEY A UNA AUTORIDAD SUPERIOR, SOBRE LOS AGENTES DESCENTRALIZADOS Y SOBRE SUS ACTOS CON UN FIN DE PROTECCION DEL BIEN GENERAL". (58)

CONCEPTO QUE SE RETOMA PARA EL PROCESO DESCENTRALIZADOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD, YA QUE SE APLICA LA DESCENTRALIZACION BAJO TUTELA.

CONCRETAREMOS LOS ELEMENTOS QUE IDENTIFICAN LA RELACION DE TUTELA (SEGUN TEORIA ESPANOLA Y FRANCESA) QUE EJERCE LA ADMINISTRACION CENTRAL RESPECTO DE LAS ENTIDADES FUNCIONALMENTE DESCENTRALIZADAS.

- 1.- " LA TUTELA SE CONCEIBE ADSCRIBIENDO A LOS ORGANOS DESCENTRALIZADOS A ALGUN MINISTERIO EN CONCRETO.
- 2.- LA TUTELA SE DA A TRAVES DE LA EXISTENCIA DE UN REPRESENTANTE DE LA ADMINISTRACION CENTRAL EN EL ORGANISMO, SIEMPRE COLOCADO EN LA CUSPIDE, (CASO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD). CREANDO UNA LINEA JERARQUICA QUE SE INTRODUCE DENTRO DEL SENO DEL PROPIO ORGANISMO.

OTRA FORMA DE LOGRAR LA TUTELA DE LAS PERSONAS ES A TRAVES DEL NOMBRAMIENTO ESTATAL DEL RESTO DE LAS AUTORIDADES DEL ENTE, CUANDO NO HAY YA PREJUJGADA ESTA UNION PERSONAL CON DETERMINADA AUTORIDAD DE LA ADMINISTRACION CENTRAL

TRAL (NOMBRAMIENTO Y REVOCACION LIBRE DE DIRECTIVOS POR EL PODER EJECUTIVO).

- 3.- LA TUTELA TAMBIEN SE LOGRA A TRAVES DE LA TECNICA QUE SE DENOMINA "TUTELA SOBRE LA ACTIVIDAD", EL QUE ACTUA EN ESTOS CASOS ES EL ESTADO DETRAS O POR MEDIO DE ESTAS ENTIDADES DESCENTRALIZADAS YA QUE LA ACTIVIDAD DEL ENTE ESTARA INSPIRADA POR LAS "SUGERENCIAS" DEL ESTADO O DEL MINISTERIO CORRESPONDIENTE.
- 4.- LA TUTELA SE LOGRA A TRAVES DE CONTROLES PREVENTIVOS EL MAS CONOCIDO ES LA AUTORIZACION PREVIA.
- 5.- LA TUTELA SE LOGRA A TRAVES DE LA FISCALIZACION DE LA ACTIVIDAD, A TRAVES DE LA INSPECCION DE LA ACTIVIDAD DEL ENTE. EL ENTE ESTA SUBORDINADO AL MINISTERIO CORRESPONDIENTE DE TAL MANERA QUE SE ESTABLECE LA OBLIGACION DE QUE ESTOS ENTES PRESENTEN MEMORIA ANUAL DE SUS ACTIVIDADES Y DE LA FORMA EN QUE HAN DESARROLLADO SUS FINES AL MINISTERIO CORRESPONDIENTE. SI HAY DESACUERDO ENTRE LA POLITICA MINISTERIAL Y LA POLITICA SEGUIDA POR EL ENTE SE REMUEVE A LOS DIRECTIVOS.
- 6.- EN EL ASPECTO ECONOMICO Y FINANCIERO, LA INSPECCION DE LA ADMINISTRACION CENTRAL CONSISTE, EN LA APROBACION DE PRESUPUESTO, FISCALIZACION DE GASTOS Y FISCALIZACION DE CUENTAS A POSTERIORI". (59)

PARA FINALIZAR PODEMOS DECIR QUE LA DESCENTRALIZACION FUNCIONAL QUE SE EFECTUA EN FAVOR DE ORGANIZACIONES QUE CONSTITUYEN LO QUE SE HA LLAMADO PROLONGACIONES FUNCIONALES DEL NUCLEO DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, ES UNA OPERACION TECNICO JURIDICA QUE NO COINCIDE CON EL USO COMUN DEL VOCABLO. "EXISTE DESCENTRALIZA

CION PORQUE SE TRASPASAN FUNCIONES DESDE EL ESTADO A UNAS ORGANIZACIONES CREADAS PARA CUMPLIR FINES ESPECIFICOS, PERO COMO ESTAS ORGANIZACIONES CREADAS NO SON COSA DISTINTA DEL ESTADO (MINISTERIO) MISMO, SE ESTA EFECTUANDO UNA CORRUPCION DEL LENGUAJE". (60)

SITUACION CLARA ES EL CASO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN QUE LA OPERACION POLITICA LA PRESENTA COMO UNA DESCENTRALIZACION CLASICA AUNQUE EN LA PRACTICA LA ADMINISTRACION CENTRAL CONSERVE EL DERECHO A RETIRAR LAS POSIBILIDADES DE ACTUACION DE DICHS - ORGANOS DESCENTRALIZADOS EN CUALQUIER MOMENTO.

"Y TODO PERFECTAMENTE COHERENTE, PERFECTAMENTE TRABADO A LA HORA DEL GRACIOSO OTORGAMIENTO, APROBACIONES Y MIL TECNICAS SEMEJANTES QUE CONSTITUYEN UNA AUTENTICA MARANA DE CONTROLES DE TODO TIPO. EL ESTADO DIRIAMOS, TIENE UN CIERTO TEMOR A QUE EL PODER SE LE ESCAPE DE LAS MANOS". (61)

LA REITERADA CENTRALIZACION A LA QUE NOS VEMOS SOMETIDOS ES UN MAL GRAVE Y PROFUNDO EN TODO EL PAIS, INICIALMENTE FUERON LAS EXIGENCIAS POLITICAS LAS QUE IMPUSIERON EL CARACTER CENTRALIZADOR, AHORA SE UNEN A ESTAS, EXIGENCIAS DE CARACTER ECONOMICO DE ACUMULACION DE CAPITAL, DIFICULTANDO DE SOBREMANERA CUALQUIER - INDICIO DE DESCENTRALIZACION.

TAMBIEN ES RELEVANTE TOMAR COMO REFERENCIA LA SITUACION ECONOMICA (CRISIS) Y SUS PERSPECTIVAS, EN EL ANALISIS DE LAS POSIBILIDADES REALES DE LOS BIEN INTENCIONADOS PROYECTOS GUBERNATIVOS DE DESCENTRALIZACION.

EN EL CASO QUE PRESENTAMOS ES CLARO QUE DICHO PROYECTO POR LOS

(60) MARIANO BAENA, CURSO DE CIENCIA DE LA ADMINISTRACION, REV. DE ADMN PUBLICA 63/64 INAP 1985 P.136

(61) SEBASTIAN RETORTILLO B. OP. CIT. P.147

TERMINOS EN QUE SE PLANTEA, SE ENFOCA BASICAMENTE A CUMPLIR LA FUNCION POLITICA DE LEGITIMACION DEL CAMBIO ESTRUCTURAL DE LA ECONOMIA EN NUESTRO PAIS, QUE NO ES OTRA COSA QUE APOYAR LA ACUMULACION CAPITALISTA TRANSNACIONAL Y HACER MENOS OSTENSIBLE ANTE LAS MAYORIAS EL REPLIEGUE DEL ESTADO COMO ESTADO DE BIENESTAR Y COMO ESTADO REGULADOR DE LA ECONOMIA.

INSISTIMOS, DESDE NUESTRO PUNTO DE VISTA, LLEVAR A CABO LA DESCENTRALIZACION ES MODIFICAR VERDADERAMENTE ESTRUCTURAS POLITICAS, SOCIALES Y ADMINISTRATIVAS, ROMPIENDO ESQUEMAS DE PRIVILEGIO QUE HA IMPUESTO EL CARACTER CENTRALIZADOR.

LA DESCENTRALIZACION SUPONE SESION DE PODERES, SESION DE ACUERDO A CARACTERISTICAS REALES, MODIFICACION DE REGLAS DE JUEGO. - SIMPLEMENTE LA AUTONOMIA DECISIONAL CONLLEVA EN SI MISMA UNA RE DISTRIBUCION DEL PODER.

CONSIDERAMOS QUE LO QUE REALMENTE SE LLEVO A CABO EN LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, FUE UN DESPLIEGUE DE TECNICA JURIDICO ADMINISTRATIVA EN UN 100% COMPARABLE CON EL ESQUEMA DESCRITO DE LA ADMINISTRACION DE ENTES FUNCIONALMENTE DESCENTRALIZADOS PERFECTAMENTE REALIZADA Y QUE EN TERMINOS OPERATIVOS Y DE RESULTADOS, DEJO EN LA MISMA POSICION DONDE SE ENCONTRABAN LOS SERVICIOS DE SALUD ANTES DE LAS ACCIONES DESCENTRALIZADORAS QUIZA SE LOGRO HASTA CIERTO PUNTO UNA MODERNIZACION ADMINISTRATIVA PERO NUNCA UNA DESCENTRALIZACION, POR LO MENOS EN EL SENTIDO CLASICO, DESDE ESTE ENFOQUE SOSTENEMOS QUE SOLO SE REAFIRMO LA DESCONCENTRACION ADMINISTRATIVA EXISTENTE.

PERO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TEORIA Y TECNICA EN PAISES UNITARIOS (FRANCIA, ESPAÑA) QUIENES FUERON LAS FUENTES DE EXPERIENCIA DESCENTRALIZADORA QUE SE RETOMO Y SE APLICO A NUESTRA - REALIDAD FORMALMENTE FEDERAL, (PERO EN LA PRACTICA CENTRALIZADA) SE LLEVO A CABO UNA DESCENTRALIZACION.

PERO LA DESCENTRALIZACION DESDE UNA PERSPECTIVA UNITARIA APLICA DA A UN PAIS FORMALMENTE FEDERAL PARA NOSOTROS SE CONSTITUYE EN UNA DESCENTRALIZACION FICTICIA.

POR LO QUE INSISTIMOS QUE LOS ACTOS DESCENTRALIZADORES LLEVADOS A CABO EN LA SSA. FUERON AUTENTICAMENTE UN ACTO POLITICO DE LEGITIMACION DEL ESTADO ANTE LA AGRESION A LOS NIVELES DE VIDA - QUE EXPERIMENTA LA POBLACION DIA CON DIA DEBIDO A LA POLITICA - ECONOMICA INSTRUMENTADA.

EN APOYO A NUESTRA ARGUMENTACION CONCLUIREMOS CON UNA AFIRMACION DE EDUARDO PALMA QUIEN EXPLICA "EL PROCESO DE DESCENTRALIZACION EN EPOCAS DE CRISIS ECONOMICAS Y CONVULSIONES POLITICAS TIENE - PROBABILIDADES MUY ALTAS DE EXPERIMENTAR GRANDES RETROCESOS. YA QUE EL GOBIERNO CENTRAL EXPERIMENTA PERDIDAS DE RECURSOS, SE INCREMENTAN LAS NECESIDADES INSATISFECHAS DE LA POBLACION Y CUANTO MAS APREMIANTES SEAN ESTAS (EMPLEO), MENOS PREOCUPACION SE - TENDRA POR LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE SU PROPUESTA DE SOLUCION DE EMERGENCIA SALVO SI ESTO REPRESENTA APOYO PARTICIPATIVO DE - GRUPOS SOCIALES". (62)

**3. INSTRUMENTACION DEL PROCESO
DE DESCENTRALIZACION
(CASO SERVICIOS DE SALUD SSA)**

EN ESTE APARTADO PRESENTAMOS, LAS ORIENTACIONES POLITICAS, LOS OBJETIVOS, LAS ACCIONES JURIDICAS Y EL MODELO DE ORGANIZACION QUE SE ESTABLECE EN LA PRACTICA DEL CASO QUE NOS OCUPA, LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA SSA.

ELEMENTOS EN LOS CUALES SE VISLUMBRA, QUE LA DESCENTRALIZACION QUE SE APLICA, NO TIENE NADA QUE VER CON EL CONCEPTO CLASICO, - SINO, TAL CUAL COMO LO IDENTIFICAMOS EN EL CAPITULO ANTERIOR SE REFIERE A LA CORRESPONDIENTE A ENTES FUNCIONALMENTE DESCENTRALIZADOS DESDE LA PERSPECTIVA DE UN PAIS UNITARIO.

LOS ELEMENTOS QUE CONFIRMAN EN LA PRACTICA ESTA POSTURA, COMO LO VEREMOS EN EL DESARROLLO DE ESTE CAPITULO SON: LA FEDERACION RETIENE EL MANEJO FINANCIERO, EFECTUANDO A LOS ESTADOS LA ASIGNACION VIA CUD (ELEMENTO CENTRALIZADOR), SE RESERVA SU CALIDAD PATRONAL RESPECTO DE LOS TRABAJADORES DEL ORGANO DESCENTRALIZADO Y ENTREGA SOLO EN COMODATO LOS RECURSOS MATERIALES (BIENES - MUEBLES E INMUEBLES).

LA INSTRUMENTACION JURIDICA QUE SE ESTABLECE PARA SOPORTAR EL - PROCESO, TANTO POR LA VIA LEGAL (CONSTITUCION, LEY DE SALUD, DE CRETOS), COMO POR LA VIA CONVENCIONAL (CONVENIOS, ACUERDOS), NO APORTAN ELEMENTOS DESCENTRALIZADORES, SINO TODO LO CONTRARIO - TIENDEN A CENTRALIZAR COMO LO ANALIZAREMOS.

LA INSTRUMENTACION TECNICA, ESTABLECE LA DIRECCION, ETAPAS Y MODALIDADES DEL PROCESO PRACTICO DE LA DESCENTRALIZACION, EN EL, SE DESTACA LA VERTICALIDAD Y UNILATERALIDAD DE LOS MECANISMOS - (GRUPOS) Y NORMAS, (EN DONDE PREVALECE LA RELACION CENTRO-PERIFERIA). SE IDENTIFICA ASI MISMO EN ESTE APARTADO LA DISTRIBUCION DE ATRIBUCIONES SUIGENERIS Y EL MODELO DE ORGANIZACION (ESTRUCTURA Y REPARTO DE FUNCIONES), LOS CUALES NO REVELAN OBJETIVAMENTE UNA DESCENTRALIZACION (ESTRUCTURA A IMAGEN Y SEMEJANZA DEL MODELO CENTRAL, APOYADA EN UNA DISTRIBUCION DE FUNCIONES BASADA EN LA LEY GENERAL DE SALUD, LA QUE CENTRALIZA, DANDO POR

RESULTADO EN LA REALIDAD UNA SUPERESTRUCTURA DESCONCENTRADA, INTERMEDIA DE SALUD).

SE ESTABLECE LUEGO ENTONCES, UN MODELO DE ORGANIZACION QUE NO - APORTA MODIFICACIONES SUSTANCIALES A LA RELACION CENTRO-PERIFERIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD NI A LOS RESULTADOS EN LA SALUD DE LA POBLACION ABIERTA.

VAYAMOS AL DESARROLLO DEL CAPITULO.

3.1 ENTORNO INSTITUCIONAL

LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD INSTITUCIONALMENTE HABLANDO TIENE SU FUNDAMENTO Y ORIGEN EN EL DISCURSO POLITICO DEL GOBIERNO FEDERAL EXPRESADO EN SU PROGRAMA DE ACCION DENOMINADO PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (PND) 83-88, EN CUYO CONTENIDO POLITICO PROGRAMATICO, SE SEÑALA COMO UNA DE LAS ORIENTACIONES BASICAS, LA DE FORTALECER EL PACTO FEDERAL MEDIANTE LA DESCENTRALIZACION DE LA VIDA NACIONAL. (63) LA QUE JUNTO CON LA DEMOCRATIZACION INTEGRAL, LA SOCIEDAD IGUALITARIA, LA PLANEACION DEMOCRATICA, CONFORMAN EL DISCURSO POLITICO; EL CUAL SUSTENTA QUE A TRAVES DE ESTAS ESTRATEGIAS SE LOGRARA LA ARTICULACION NACIONAL DE LAS REGIONES Y GRUPOS SOCIALES DEL PAIS, LA DISTRIBUCION DE LOS FRUTOS DEL DESARROLLO Y CON ELLO EL MEJORA-

(63) PLANTEAMIENTO QUE COMO COMENTAMOS EN EL CAPITULO 1 MAS QUE SOCIAL ES ECONOMICO, ESTO ES, ENCAMINADO A FORTALECER LA REDISTRIBUCION DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS, EL PND APUNTA BASICAMENTE EL CAMBIO ESTRUCTURAL DE LA ECONOMIA QUE IMPLICA LA CENTRALIZACION ESTATAL Y LA DISMINUCION DEL GASTO SOCIAL. NO POR ELLO PIERDE SU CARACTER DE PROGRAMA DE RECUPERACION DE CONSENSO DE LAS MAYORIAS.

MIENTO SOCIAL Y ECONOMICO DE LOS MEXICANOS, EN SUMA EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO MUESTRA LA "PREOCUPACION" DEL GOBIERNO FEDERAL POR COMBATIR EL REZAGO SOCIAL. (CUADRO 1 Y 2)

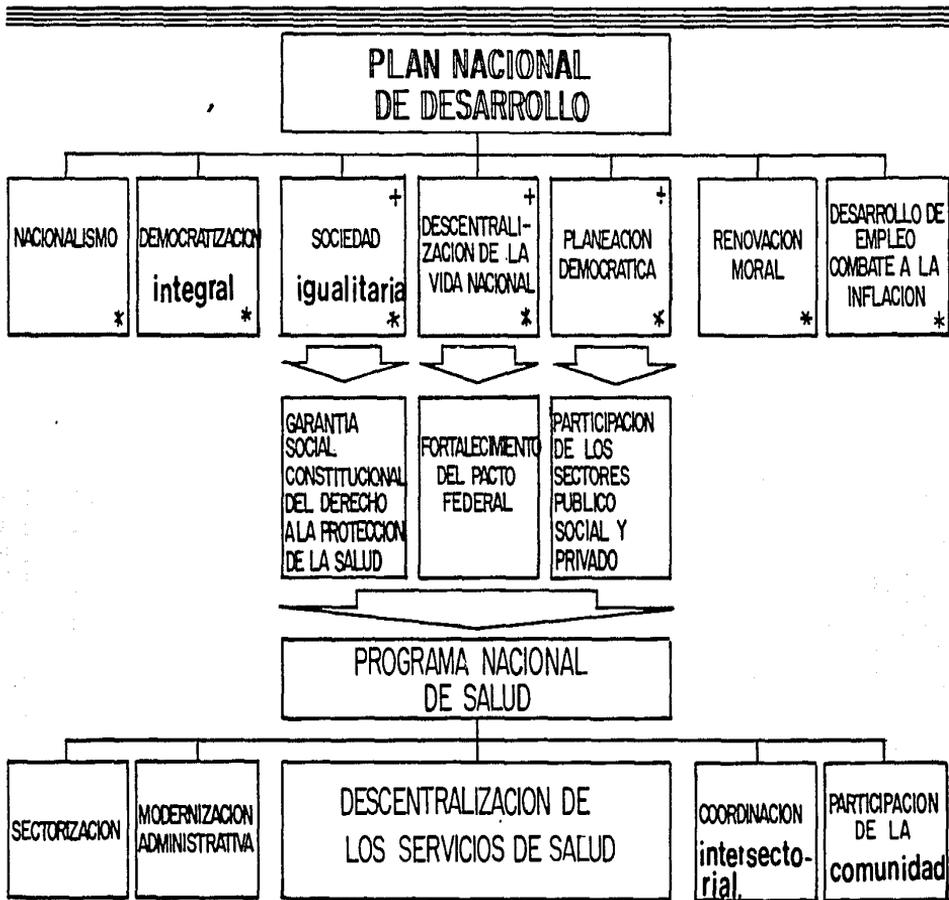
COMO PARTE DE LA POLITICA SOCIAL EL PND PROPONE EN MATERIA DE SALUD:

- MEJORAR EL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION.
- TENDER HACIA LA COBERTURA TOTAL
- PROPORCIONAR SERVICIOS DE CALIDAD BASICA HOMOGENEA
- FORTALECER LAS ACCIONES DIRIGIDAS A GRUPOS DESFAVORECIDOS Y PROTECCION DE LOS DESAMPARADOS Y
- CONSOLIDAR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (64)

PARA DAR VIABILIDAD A ESTA POLITICA EL EJECUTIVO FEDERAL CREA UNA PLATAFORMA LEGAL EN LA QUE INSTRUMENTA LAS ANEXIONES Y REFORMAS JURIDICAS NECESARIAS, ENTRE LAS QUE ENCONTRAMOS:

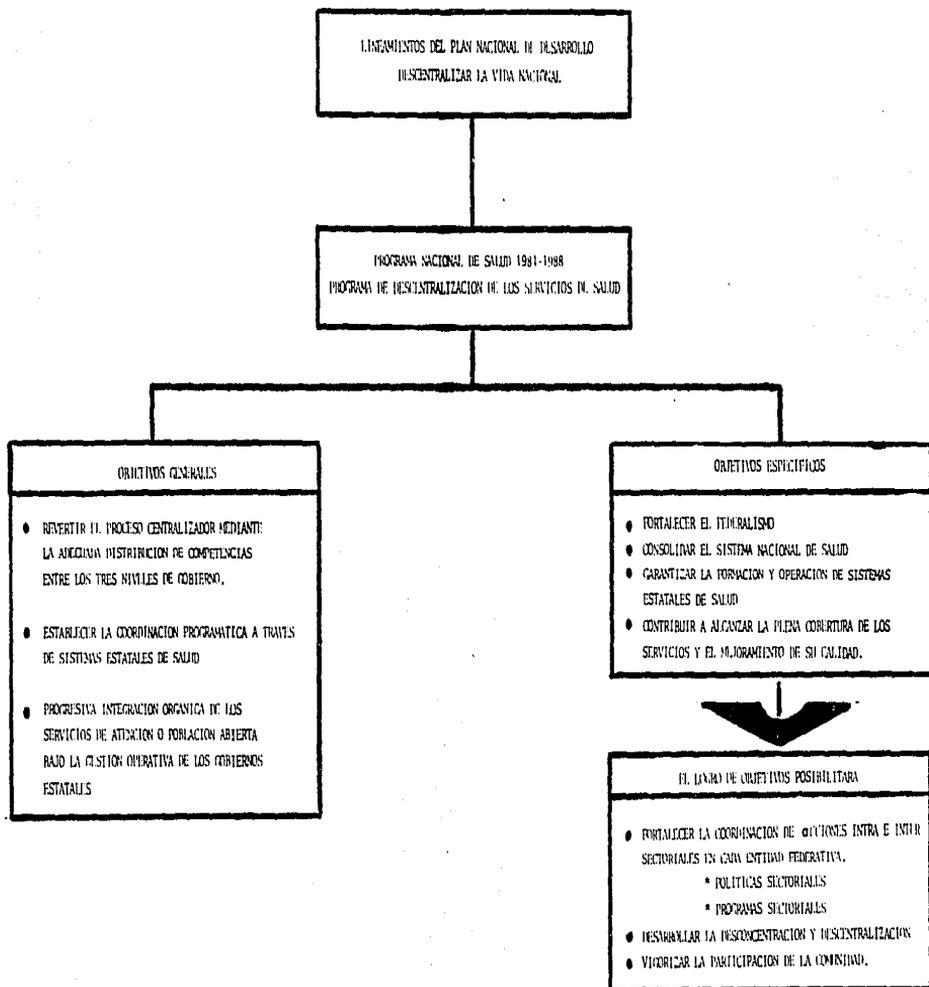
- LA EMISION DE LA LEY GENERAL DE SALUD (EN LA QUE SE DEFINE LA FINALIDAD Y LAS BASES JURIDICAS DEL DERECHO A LA PROTECCION A LA SALUD) Y LA LEY DE PLANEACION (AMBAS FUNDAMENTAN EL PROGRAMA DE SALUD 84-88)
- LA CONSTITUCIONALIZACION DEL DERECHO A LA SALUD ("PARA IGUALAR A TODOS LOS MEXICANOS EN OPORTUNIDAD").
- LA MODIFICACION DEL ART. 115 CONST. EN EL QUE SE INTRODUCE UN ELEMENTO "CONSENSUAL" EN LA DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS ENTRE LA FED. Y LOS EDOS, SEÑALANDO QUE ESTOS PODRAN CONVENIR LA ASUNCION DEL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES, LA EJECUCION

DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DE LAS POLITICAS NACIONALES DE DESARROLLO



* 7 ORIENTACIONES BASICAS QUE SON LA PLATAFORMA POLITICA PARA ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DEL PAIS .

+ ORIENTACIONES QUE GUIARON LAS POLITICAS DE SALUD Y LAS CUALES FUNDAMENTAN LAS DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD .



Y OPERACION DE OBRAS, CUANDO EL DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO LO HAGA NECESARIO.

- EMISION DEL DECRETO DE AGOSTO DE 83, EN EL QUE ESTABLECE LAS BASES PARA EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- EMISION DEL DECRETO DE MARZO DE 84, EN EL QUE ESTABLECE LAS BASES PARA EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION ABIERTA.

INSTRUMENTOS LEGALES QUE OBLIGAN A LAS INSTITUCIONES DE LA ADMINISTRACION PUBLICA ENFOCADAS A LA SALUD, A DESARROLLAR ACCIONES TENDIENTES A SUSTENTAR EL "GOCE PROGRESIVO" A LA GARANTIA SOCIAL DE SALUD Y A DESCENTRALIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA.

ATENDIENDO A ESTOS LINEAMIENTOS EL SECRETARIO DE SALUD EXPRESA CLARAMENTE, "LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, SE ENMARCA EN EL AMPLIO, AMBICIOSO E INELUDIBLE PROPOSITO DE DESCENTRALIZAR LA VIDA NACIONAL, QUE EL PRESIDENTE DE MEXICO HA PRESENTADO COMO PUNTAL DE DESARROLLO POLITICO NACIONAL. ES POR ESTO QUE LA DESCENTRALIZACION DE SERVICIOS DE SALUD QUE SE OFRECEN A POBLACION ABIERTA MAS QUE UNA ESTRATEGIA ADMINISTRATIVA CORRESPONDE A UNA DECISION DE GOBIERNO, Y MAS QUE UN DISCURSO DISCRECIONAL SUPONE LA OBSERVANCIA DE UN MANDATO LEGAL Y DE UN PROGRAMA PUBLICO". (65)

CON LO QUE SE CONCRETIZA LA RESPONSABILIDAD DE LA SECRETARIA DE SALUD, RESPECTO DE LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

(65) GUILLERMO SOBERON ACEVEDO, PRESENTACION DEL PNS, LOS PINOS, AGOSTO 7, 1984.

3.2 MODELO ADMINISTRATIVO INSTITUCIONAL DE DESCENTRALIZACION.

EL MODELO ADMINISTRATIVO INSTITUCIONAL, NO LO PODEMOS ANALIZAR SINO ES A LA LUZ DE LAS PRINCIPALES ORIENTACIONES POLITICO ADMINISTRATIVAS EMITIDAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES EN LA MATERIA Y DENTRO DEL MARCO JURIDICO ESTABLECIDO, CUYOS COMPROMISOS TRANSITAN ENTRE LO FEDERAL-CENTRAL Y CONFORMAN LAS BASES Y TENDENCIAS QUE DEFINEN AL MODELO.

EL SUBSECRETARIO DE PLANEACION DE SSA CONDUCTOR DE PROCESO DESCENTRALIZADOR, EXPLICA AL INICIO DE ACCIONES: "LA DESCENTRALIZACION RECOGE LA INSTRUCCION PRESIDENCIAL DE QUE EL SECTOR TRANSFERIA LA GESTION DE LA ATENCION A POBLACION ABIERTA A UNA VELOCIDAD QUE NO COBIJE MOROSIDAD, PERO CON UN RITMO QUE EVITE QUE SE PERVIERTA EL PROCESO. MIRAR LA DESCENTRALIZACION COMO EL REGRESO NOSTALGICO A UN FEDERALISMO QUE NUNCA EXISTIO, ES SUBVERTIR EL PROPOSITO Y ENAJENAR LA INTENCION.

DESCENTRALIZAR ES DECISION DE GOBIERNO SUPERIOR, PORQUE BUSCA E QUIBRAR LAS RELACIONES UNION ESTADOS, PERO TAMBIEN ES PRESIDENCIA PUESTO QUE SE TIENDE A QUE SE INTEGREN SISTEMAS LOCALES DE SALUD EFICIENTES". (66)

EN SU CONFORMACION EL MODELO ADMINISTRATIVO TOMA TAMBIEN COMO ELEMENTO PRIMORDIAL LA REDISTRIBUCION DE COMPETENCIAS ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD Y LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, DEFINIDAS EN LA LEY GENERAL DE SALUD, LA QUE ESTABLECE, TRES TIPOS DE SALUBRIDAD PARA UN "MEJOR EQUILIBRIO" ENTRE LAS TRES INSTANCIAS DE GOBIERNO (FEDERACION, ESTADO, MUNICIPIO).

- LA SALUBRIDAD GENERAL QUE SE RESERVA INTEGRAMENTE A LA FEDERACION Y LA CUAL NORMARA TECNICAMENTE Y OPERARA LA FEDERAC.

(66) FCO. RUIZ MASSIEU, PRESENTACION DEL PND, LOS PINOS, AGOSTO 7, 1984.

- LA SALUBRIDAD GENERAL QUE CONOCERAN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS Y QUE LEGISLARAN Y OPERARAN, PERO SUJETA A NORMAS FEDERALES.
- LA SALUBRIDAD LOCAL QUE QUEDARA INTEGRAMENTE EN LA ESFERA DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.

ESTA DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS CON CRITERIO "DESCENTRALIZA - DOR" OTORGA A LA SSA LA FACULTAD NORMATIVA Y DE CONTROL DE LA SALUD Y CONCEDE A LOS ESTADOS LA FACULTAD OPERATIVA.

DISTRIBUCION QUE AVALA EL EJECUTIVO COMENTANDO: "EL GOBIERNO FEDERAL CONSERVARA COMO ES NATURAL EN NUESTRO SISTEMA LAS ATRIBUCIONES DE PLANEACION, DEFINICION DE POLITICAS, NORMATIVIDAD Y EVALUACION, PARA MANTENER LA UNIDAD E INTEGRIDAD DE LA NA - CION". (67)

COMENTARIO QUE COMPLETA LA SUBSECRETARIA DE SALUBRIDAD AL EXPLICAR "ASI LA FEDERACION FIJARA LAS NORMAS MINIMAS DE SERVICIOS DE TODOS LOS ESTADOS Y SUPERVISARA SU CUMPLIMIENTO A FIN DE GARANTIZAR UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD UNIFORME". (68)

COMO COMPLEMENTO FINAL PARA LA INTEGRACION DEL MODELO, EL EJECUTIVO FEDERAL ESTABLECE CLAUSULAS DE SALVEDAD AL PROCESO DESCENTRALIZADOR OTORGANDOLE TODA LA FLEXIBILIDAD QUE DISCRECIONALMENTE AMERITE EL CASO EN GENERAL O EN PARTICULAR A TRAVES DEL SIGUIENTE LINEAMIENTO "EN AQUELLOS CASOS EN QUE LA DESCENTRALIZACION ES INDISPENSABLE Y NO RESULTE ADECUADA PARA EL SISTEMA FEDERAL LA REDISTRIBUCION DE COMPETENCIAS CONSTITUCIONALES, EN FORMA INMEDIATA, SE ACUDIRA ENTONCES AL PROCESO DE DELEGACION DE FACULTADES POR LA VIA DE LA CONCERTACION DE ACCIONES Y CONVE

(67) MIGUEL DE LA MADRID, DECENT DE LOS SERV. DE SALUD, EDITOR. PORRUA, 1986, P.8

(68) CUADERNO 7 DE LA SUBSECRET. DE SALUB. Y ASIST. SISTEMA NAC. DE SALUD, JUN 1984, P.68

NIOS". (69)

CUMPLIENDO SE SABE LOS CONVENIOS DE COORDINACION SON INSTRUMENTOS CONVENCIONALES QUE REDISTRIBUYEN EL EJERCICIO DE LA COMPETENCIA ADMINISTRATIVA NO LEGISLATIVA, YA QUE ESTA ULTIMA SOLO SE OTORGA POR LA CONSTITUCION.

LA TENDENCIA ADOPTADA PARA LA DESCENTRALIZACION EN EL PAIS EN LOS DIVERSOS AMBITOS, SE HA DADO POR LA VIA CONVENCIONAL (MERA-MENTE ADMINISTRATIVA), NO POR LA VIA LEGAL DE LA CONSTITUCION, LO QUE HACE AL PROCESO LO SUFICIENTEMENTE FLEXIBLE PARA REVERTIRLO EN CUALQUIER MOMENTO Y DARLE CARACTERISTICAS SUIGENERIS.

LA OBSCURIDAD DEL ART.124 CONSTITUCIONAL, REFERENTE A LA CONCU-RRENCIA DE COMPETENCIAS ENTRE LA FEDERACION Y ESTADOS, APOYA EN NUESTRO PAIS LA TENDENCIA CONVENCIONAL, ESTO ES, LAS SOLUCIONES ADMINISTRATIVAS QUE NO MODIFICAN SITUACIONES DE FONDO UNICAMEN-TE DE FORMA.

LA FINALIDAD BASICA DE LOS CONVENIOS QUE SE EFECTUARON PARA LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD FUE LA DE ESTABLE-CER UNICAMENTE SU CARACTER DE OPERACION, REAFIRMAR CUALES FUN-CIONES CORRESPONDIAN AL NIVEL CENTRAL (SSA) Y CUALES A LOS ESTA-DOS, ASI COMO FIJAR LOS LINEAMIENTOS, ESTABLECER LAS NORMAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE DICHO PROCESO.

3.3 CARACTERISTICAS GENERALES DE INSTRUMENTACION

3.3.1 EL PROCESO ATANE UNICAMENTE A INSTITUCIONES DE LA ADMI-NISTRACION PUBLICA FEDERAL QUE MANEJAN SISTEMAS DE ATEN

CION A POBLACION ABIERTA (MARGINADA) CASO SSA E IMSS CO PLAMAR, ES DECIR NO AFECTA A INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL LIGADAS A PROCESOS PRODUCTIVOS O BUROCRATICOS.

3.3.2 SE REALIZA A TRAVES DE UN ACUERDO DE COORDINACION, INSTRUMENTO JURIDICO QUE TOMA COMO REFERENCIA SUSTANCIAL AL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO (IMPORTANTE PORQUE ESTO DEFINE CLARAMENTE SU TENDENCIA), Y DE ACUERDO A ESTE, - ESTABLECE LAS BASES Y MODALIDADES PARA LA COORDINACION DE ACCIONES ENTRE FEDERACION Y ESTADOS PARA LA OPERACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

3.3.3 COMO CRITERIOS RECTORES EL PROCESO DESCENTRALIZADOR CON TEMPLA EL GRADUALISMO Y EL CASUISMO.

3.3.3.1 GRADUALISMO; ESTABLECE QUE LA TRANSFERENCIA DE FUNCIONES SE REALICE EN DOS ETAPAS, LA COORDINACION PROGRAMATICA Y LA INTEGRACION ORGANICA.

3.3.3.1.1 LA COORDINACION PROGRAMATICA COMO SU PROPIO NOMBRE LO SEÑALA SE PROPONE LOGRAR LA COORDINACION DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD QUE OPERAN EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS "BAJO LA GESTION DE LOS GOBIERNOS DE LOS ESTADOS" PARA APROXIMAR LOS DIFERENTES SISTEMAS OPERATIVOS DE SALUD, EVITAR DUPLICIDADES, ASEGURAR COMPLEMENTAREIDAD Y APOYO RECIPROCO ENTRE LOS MISMOS.

3.3.3.1.2 LA INTEGRACION ORGANICA IMPLICA LA FUSION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA, ESTO ES, QUE LOS SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD DE LA SSA Y EL PROGRAMA IMSS COPLAMAR, AMBOS CON SUS CORRESPONDIENTES RECURSOS SE INTEGRARAN EN UNA SOLA ENTIDAD BAJO LA MISMA AUTORIDAD Y CON NORMAS COMUNES PARA CONSTITUIR LOS DENOMINADOS SERVICIOS ESTATALES DE

SALUD, COMO ORGANIZACIONES OPERADAS POR LOS "GOBIERNOS ESTATALES".

- 3.3.3.2 EL OTRO CRITERIO RECTOR CASUISMO, ESTABLECE QUE LA INSTRUMENTACION DEL PROCESO DEBE OBEDECER A "LAS CARACTERISTICAS PARTICULARES" DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS A FIN DE QUE SE "AJUSTE" A SUS CONDICIONES POLITICAS, JURIDICAS Y ADMINISTRATIVAS, POR LO QUE LAS AUTORIDADES FEDERALES Y ESTATALES "CONVIENEN LOS TERMINOS" (CON TENDENCIAS A UN UNIFORMISMO NACIONAL).*
- 3.3.3.3 EN EL ASPECTO LABORAL, SE MARCA COMO BASICO EL RESPETO A LA JURISDICCION FEDERAL O ESTATAL DE LOS TRABAJADORES DE LA ENTIDAD. QUEDANDO LOS TRABAJADORES FEDERALES PROTEGIDOS POR EL APARTADO B DEL ART. 123 CONSTITUCIONAL, "PARA NO AFECTAR SUS DERECHOS ADQUIRIDOS".*
- 3.3.3.4 LA FEDERACION TAMBIEN SE RESERVA EL MANEJO FINANCIERO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD, EFECTUANDO LA ASIGNACION CORRESPONDIENTE A LOS ESTADOS, PARA SU OPERACION DENTRO DE LA VERTIENTE DE COORDINACION (VIA SUBSIDIO CUD).*
- 3.3.3.5 "LA CENTRALIZACION DE LA DETERMINACION DE NORMAS - TECNICAS SE CONSIDERA CONVENIENTE A FIN DE UNIFORMAR Y CONTROLAR SISTEMAS ESTATALES YA QUE LA DESCENTRALIZACION NO DEBE LLEVAR AL DETERIORO DE LOS SISTEMAS ESTATALES DE SALUD, SINO QUE DEBE CUIDAR LA EFICACIA, LA EFICIENCIA, LA PRODUCTIVIDAD Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS COMETIDOS SUSTANTIVOS DE LA SALUD PUBLICA". (70) (CUADRO 3)*

Programa de descentralización
DE LOS SERVICIOS DE SALUD

POLITICAS

- CONSTITUIR A LA PROGRESIVA INTEGRACION ORGANICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION ABIERTA BAJO LA GESTION DE LOS GOBIERNOS ESTATALES.
- LA DESCENTRALIZACION A LOS ESTADOS DEBERA ABARCAR PROGRESIVAMENTE A LOS MUNICIPIOS.
- LA APLICACION DEL PROGRAMA SERA GRADUAL, INTEGRAL Y ORDENADA, EVITANDOSE INTERFERENCIAS EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS.
- EL AMBITO TEMPORAL DEL PROGRAMA SERA DE MEDIANO PLAZO.
- LA DESCENTRALIZACION DEBERA TENER UN SOPORTE LEGAL CONFORME AL CUAL LA FEDERACION Y LOS ESTADOS CONVENGAN LIBREMENTE.
- LA DESCENTRALIZACION DEBERA AJUSTARSE A LAS CARACTERISTICAS JURIDICAS, ADMINISTRATIVAS Y LABORALES DE CADA DEPENDENCIA Y ENTIDAD A FIN DE QUE SE ASEGURE SU EFICACIA Y SE RESPETEN DERECHOS ADQUIRIDOS DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD.

ESTRATEGIAS

- REDISTRIBUIR COMPETENCIAS EN MATERIA SANITARIA ENTRE LOS TRES NIVELES DE GOBIERNO A TRAVES DE REFORMAS LEGALES Y ACUERDOS EN EL MARCO DEL CUII.
- UTILIZAR MODELOS DE ATENCION Y NORMAS TECNICAS HOMOGENEAS QUE GARANTICEN LA CALIDAD MINIMA COMUN.
- APOYAR LA COORDINACION PROGRAMATICA EN LOS GOBIERNOS ESTATALES A TRAVES DE SISTEMAS ESTATALES DE SALUD CON APOYO DE LOS COMPAÑE.
- EVITAR EN EL CORTO PLAZO TRANSFERENCIAS DE ESTATUTOS LABORALES, ASEGURANDO LA PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES Y SUS DIRIGENTES EN EL PROCESO DESCENTRALIZADOR.
- CONSOLIDAR LA AUTONOMIA TECNICA Y OPERATIVA DE LAS ENTIDADES REGIONALES.

3.4 INSTRUMENTACION JURIDICA

PARA SUSTENTAR EL PROCESO POLITICO, TECNICO Y ADMINISTRATIVO DE LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, (QUE COMO SE MENCIONO CORRESPONDIO A UNA DESCENTRALIZACION BASICAMENTE FUNCIONAL) SE LLEVO A CABO UN DESPLIEGUE DE TECNICA JURIDICA TANTO POR LA VIA LEGAL, COMO POR LA CONVENCIONAL, GENERANDOSE APROXIMADAMENTE 14 INSTRUMENTOS BASICOS, SIN CONTAR ALGUNOS COLATERALES, HAREMOS MENCION UNICAMENTE A LOS PRIMEROS. (CUADROS 4 Y 5)

3.4.1 INSTRUMENTOS DE LA VIA LEGAL.

3.4.1.1 ENCONTRAMOS COMO INSTRUMENTOS GENERALES QUE ENMARCAN - EL PROCESO DESCENTRALIZADOR:

- LA ADICION AL ART.4o. DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, POR LA CUAL SE GARANTIZA EL DERECHO A LA PROTECCION A LA SALUD.
- LA LEY GENERAL DE SALUD. (QUE AL IGUAL QUE EL ART. 124 CONSTITUCIONAL MARCA DE MANERA AMBIGUA LA DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS EN MATERIA DE SALUD EN LOS TRES NIVELES DE GOBIERNO)
- LAS LEYES ESTATALES DE SALUD, QUE REPLICAN A LA LEY GENERAL DE SALUD.

3.4.1.2 ENTRE LOS INSTRUMENTOS JURIDICOS ESPECIFICOS CORRESPONDIENTES A LA VIA LEGAL QUE SUSTENTARON EL PROCESO EN - CONTRAMOS:

- EL DECRETO DEL 30 DE AGOSTO DE 1983, EN DONDE SE ESTABLECEN LAS BASES PARA EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION DE LOS SERVI-

cuadro 4

PROGRAMA
DE
DESCENTRALIZACION
DE LOS
SERVICIOS
DE SALUD



LEGAL



ARTICULO 4o. CONSTITUCIONAL



LEY GENERAL
DE SALUD



LEYES ESTATALES
DE SALUD



DECRETO DEL 30 DE
AOSTO DE 1983



DECRETO DEL 8 DE
MARZO DE 1984



ADICION DEL 24 DE
JUNIO DE 1985

CONVENIO



CONVENIO
UNICO
DE
DESARROLLO



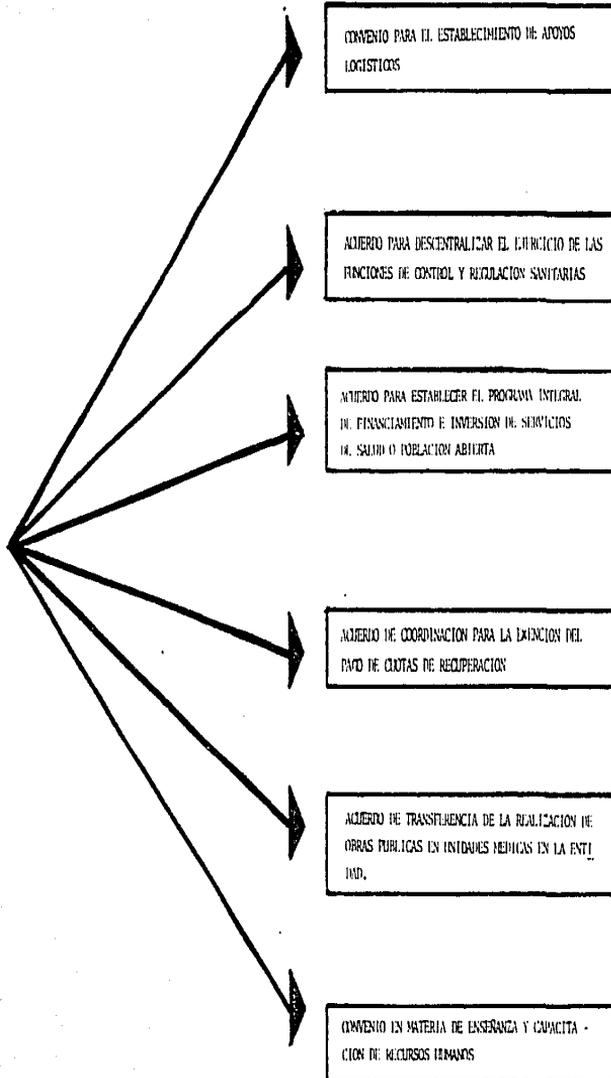
ACUERDO DE COORDINACION
PARA LA DESCENTRALIZACION
DE LOS SERVICIOS DE SALUD
1984



ACUERDO DE COORDINACION
PARA LA INTEGRACION
ORGANICA Y DESCENTRALIZACION
OPERATIVA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD

ESTA TESIS
NO DEBE
SALIR DE LA
BIBLIOTECA

VIA CONVENCIONAL



CIDOS DE SALUD.

- EL DECRETO DEL 8 DE MARZO DE 1984 Y LA ADICION AL MISMO DEL-30 DE JUNIO DE 1985. QUE ORDENA LA DESCENTRALIZACION E INTEGRACION DE LOS SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA EN LOS ESTADOS Y LOS DENOMINADOS IMSS-COPLAMAR, POR LA VIA CONVENCIONAL, ESTO ES DE "NEGOCIACION" CON LOS ESTADOS "LIBRES Y SOBERANOS".

CABE SEÑALAR QUE EL INSTRUMENTO JURIDICO BASICO QUE SUSTENTA LA DESCENTRALIZACION SE ELABORA DENTRO DEL MARCO DE LA VIA CONVENCIONAL Y DENTRO DEL CONTEXTO DEL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO (CUD) QUE ANUALMENTE DEFINE EL EJECUTIVO FEDERAL "CON LOS GOBIERNOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS PARA PROPICIAR EL DESARROLLO ESTATAL".

LOS INSTRUMENTOS DE COORDINACION QUE SE ESTABLECEN CONFORME AL CUD SON:

3.4.2 INSTRUMENTOS DE LA VIA CONVENCIONAL.

3.4.2.1 INSTRUMENTOS EJE .

- ACUERDO DE COORDINACION PARA LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, 1984.
- ACUERDO DE COORDINACION PARA LA INTEGRACION ORGANICA Y LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, 84

3.4.2.2 INSTRUMENTOS ESPECIFICOS.

- CONVENIO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE APOYO LOGISTICO.
- ACUERDO PARA DESCENTRALIZAR EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACION SANITARIA.
- ACUERDO DE COORDINACION PARA ESTABLECER EL PROGRAMA INTEGRAL DE FINANCIAMIENTO E INVERSION DE SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA.
- ACUERDO DE COORDINACION PARA LA EXENCION DE CUOTAS DE RECUPERACION.
- ACUERDO DE TRANSFERENCIA DE LA REALIZACION DE OBRAS PUBLICAS EN UNIDADES MEDICAS DE LA ENTIDAD.
- CONVENIO DE COORDINACION EN MATERIA DE ENSEANZA Y CAPACITACION DE RECURSOS HUMANOS.

(SE ANEXAN INSTRUMENTOS JURIDICOS).

3.4.3 ANALISIS DE LA INSTRUMENTACION JURIDICA DEL PROCESO DESCENTRALIZADOR.

AL HACER UN ANALISIS DE LA INSTRUMENTACION JURIDICA, OBSERVAMOS QUE:

3.4.3.1 LOS INSTRUMENTOS GENERALES DE LA VIA LEGAL, (ART.40.- CONST. LEY DE SALUD ...) SE ENFOCAN BASICAMENTE A APOYAR EL DISCURSO POLITICO DEL DERECHO A LA SALUD Y DESCENTRALIZACION DE LA VIDA NACIONAL, EMITIDO POR EL EJECUTIVO FEDERAL EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (YA COMENTADO EN EL PRIMER CAPITULO).

3.4.3.2 LOS INSTRUMENTOS ESPECIFICOS DE LA VIA LEGAL (DECRETO DEL 30 DE AGOST...), ENLAZAN DE ORIGEN EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS LINEAMIENTOS DEL EJECUTIVO FEDERAL, AL SUPEDITAR SU DESARROLLO Y MANEJO AL CONVENIO - UNICO DE DESARROLLO QUE CELEBRA ANUALMENTE CON LOS GOBIERNOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.

ESTA SUJECCION SE LOGRA BASICAMENTE A TRAVES DE LA PROGRAMACION LA QUE DERIVA DE LOS PLANES SECTORIALES DEFINIDOS PREVIAMENTE EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, Y APOYADOS POR LA LEY DE PLANEACION Y CUYA OPERACION ESTA SUJETA A LA AUTORIZACION Y EJERCICIO PRESUPUESTAL QUE DETERMINE EL CUD.

AHONDEMOS EN LAS IMPLICACIONES QUE TIENE ESTA SUJECION DEL PROYECTO DESCENTRALIZADOR AL CUD.

CONVENIOS UNICOS DE DESARROLLO (CUD).

COMO SE SABE LOS CONVENIOS UNICOS DE DESARROLLO TIENEN SU ORIGEN EN 1980 ANTE UN PLANTEAMIENTO DEL GOBIERNO FEDERAL (DISCURSO POLITICO) DE FORTALECER BASICAMENTE A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS Y CON ELLO AL FEDERALISMO Y LAS LLAMADAS RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES.

SE EXPIDE PARA ELLO LA LEY DE COORDINACION FISCAL, LA CUAL NO CONSIDERA MODIFICACIONES EN LA POLITICA TRIBUTARIA CONCENTRADA DE INGRESOS EN LA FEDERACION.

Y COMO SE SABE LA POLITICA TRIBUTARIA EN LOS PAISES FEDERALES - DEBE ESTAR BASADA EN LA SEPARACION DE FUENTES DE INGRESO DE - CADA ENTIDAD FEDERADA; SIN EMBARGO PARA EL PAIS SE RETOMO COMO LA VIA ADECUADA EL SISTEMA DE INGRESOS COMPARTIDOS (TECNICA U-

TILIZADA EN EUA. EN DONDE EXISTE UN MAYOR EQUILIBRIO EN LOS ESTADOS FEDERADOS, SITUACION QUE NO OCURRE EN NUESTRO PAIS), BAJO ESTE ESQUEMA, LA FEDERACION AL SER LA QUE DETENTA LOS MAYORES INGRESOS, ASEGURA CONTINUAR SUBSIDIANDO A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS CON RECURSOS MAYORES A LOS QUE DICHS ESTADOS PERCIBEN - POR SU PROPIO SISTEMA IMPOSITIVO.

"ESTAS SUBVENCIONES QUE OTORGA O CEDE EL GOBIERNO FEDERAL, LA ENTIDAD MAYOR A LA MENOR, ES LA PUERTA POR DONDE SE ESCAPA LA CUALIDAD INTRINSECA DEL FEDERALISMO QUE ES LA INDEPENDENCIA ECONOMICA". (71)

BAJO ESTA CONCEPCION DE INGRESOS COMPARTIDOS (DESEQUILIBRIO ECONOMICO) SE ESTABLECE Y OPERA EL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO AL QUE SE LE DEFINE COMO UN CONTRATO ENTRE PARTES "IGUALES" ENCAMINADO A "RACIONALIZAR" EL GASTO PUBLICO FEDERAL Y ESTATAL QUE SE REALIZA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS CONCILIANDO LA ATENCION A LAS PRIORIDADES NACIONALES Y "LOCALES", EROGACIONES ENCAMINADAS BASICAMENTE A CUMPLIR CON SERVICIOS PUBLICOS INDISPENSABLES, HACER ALGUNAS INVERSIONES INFRAESTRUCTURALES EN LAS QUE LA ENTIDAD RECEPTORA SE "COMPROMETE" A EROGAR UN MONTO SIMILAR AL QUE RECIBE.

EN ESTAS CONDICIONES LAS ACCIONES, PROGRAMAS O INVERSIONES QUE SE EFECTUAN A TRAVES DE ESTOS ACUERDOS INDUCEN A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS A QUE DESTINEN UNA PARTE SUSTANTIVA DE SUS MUY REDUCIDOS RECURSOS PROPIOS PARA PONERLOS A LAS ORDENES DEL NIVEL FEDERAL, ENTRANDO ASI A LAS REGLAS DEL JUEGO CENTRALIZADOR Y DE LOS INTERESES DEL ESTADO TOTAL (UNITARIO).

POR LO QUE EL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO SE CONSTITUYE EN UN INSTRUMENTO DE CONTROL DE LA FEDERACION, A TRAVES DEL CUAL QUEDA GARANTIZADA LA ASIGNACION DE LOS VALORES DEL PROYECTO POLITICO

(71) BENJAMIN RETCHKIMAN Y GERARDO GIL VALDIVIA, OP.CIT. P.24

CO NACIONAL, IDEOLOGICO Y HEGEMONICO.

PARA APOYAR OBJETIVAMENTE ESTA ASEVERACION, VEAMOS COMO SE ADMINISTRA DICHO CONVENIO.

- LA ADMINISTRACION DEL CUD ESTA A CARGO DE LA SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO Y A NIVEL ESTATAL DE SUS DELEGACIONES.
- EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS EL CUD OPERA EN EL SENO DEL COMITE DE DESARROLLO ESTATAL (COPLADE) AL QUE CONCURREN FEDERACION Y ESTADO.
- EL DELEGADO DE LA SPP ES EL SECRETARIO TECNICO DEL COPLADE Y EL COORDINADOR ES EL FUNCIONARIO REPRESENTANTE DEL ESTADO, YA SEA EL SECRETARIO DE FINANZAS, EL TESORERO O EL SECRETARIO DE PLANEACION Y DESARROLLO, DE ACUERDO A LA DECISION DEL GOBERNADOR.
- LOS PROYECTOS QUE "DEFINEN" SON EXCLUSIVAMENTE DE GASTO DE INVERSION DE "APOYO AL DESARROLLO ESTATAL". Y A PARTIR DE DICHO PROYECTO, PROGRAMA O PLAN, LA FEDERACION AUTORIZA EL PRESUPUESTO PARA ESTE A TRAVES DE SPP, PERO EN ESTE PROYECTO COMUN, EL DINERO NUNCA SE ENTREGA A LA TESORERIA DEL ESTADO PARA QUE LO EJERZA, SINO QUE LOS RECURSOS SE LIBERAN MEDIANTE UNA CUENTA POR LIQUIDAR A TRAVES DEL BANCO DE LA NACION A LA DELEGACION DE SPP. QUIEN AUTORIZA Y VIGILA SU EJERCICIO CALENDARIZADO POR MEDIO DEL COORDINADOR DEL COPLADE Y DEL RESPONSABLE DEL ORGANO EJECUTOR YA SEA FEDERAL O ESTATAL.

PARA EL CASO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EL ORGANO EJECUTOR FUE FEDERAL, A PESAR DE LA PERSONALIDAD JURIDICA OTORGADA A LOS "SERVICIOS ESTATALES", (MAS ADELANTE SE ABORDA CON DETALLE), Y A PESAR DE QUE EL GOBIERNO ESTATAL NO INTERVIENE EN EL EJERCICIO PRESUPUESTAL SEGUN EL ACUERDO FIRMADO (CUD) ES-

TE ES RESPONSABLE DE SU MANEJO.

- SUMADO A ESTA SITUACION CABE MENCIONAR QUE EL GASTO QUE SE OTORGA INVARIABLEMENTE ES ETIQUETADO, ESTO ES PARA ATENDER - PRIORIDADES NACIONALES (EDUCACION, SALUD ...) Y EN UN PORCENTAJE PEQUENO SE "PERMITE" A LA ENTIDAD FEDERATIVA A TRAVES - DE LA DELEGACION DE SPP. SE DEFINA EL USO DE UN GASTO NO ETIQUETADO O DISTRIBUIBLE; PERO EN REALIDAD LA ORIENTACION DEL GASTO TOTAL LA "AMARRA" LA FEDERACION, AL DARLE A LA DELEGACION DE SPP. LA FACULTAD DE DEFINIR EL GASTO DISTRIBUIBLE AL OTORGARLE LA FIRMA DE AUTORIZACION DE LAS CUENTAS POR LIQUIDAR, POR LO QUE EN ULTIMA INSTANCIA LA FEDERACION SIGUE TOMANDO LAS DECISIONES FUNDAMENTALES.

Y TANTO LOS INSTRUMENTOS JURIDICOS DE LA VIA LEGAL COMO DE LA CONVENCIONAL QUE SUSTENTAN EL PROCESO DESCENTRALIZADOR, ASI COMO EL DISCURSO POLITICO EN TORNO AL TEMA, DEFINEN AL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO (CUD), COMO EL CONDUCTO IDONEO PARA APOYAR LA DESCENTRALIZACION GRADUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN TANTO LOS GOBIERNOS ESTATALES DESARROLLEN SU CAPACIDAD POLITICA Y ADMINISTRATIVA PARA MANEJAR LOS RECURSOS, LO QUE EN REALIDAD SE TRADUCE COMO UN ENCUBRIMIENTO DE LA FEDERACION PARA NO SOLTAR LA CONDUCCION TOTAL DEL "DESARROLLO NACIONAL".

PARA FINALIZAR CON LOS COMENTARIOS DE LA VIA LEGAL ESPECIFICA, DIREMOS QUE EL DECRETO DEL 30 DE AGOSTO DE 1983, EN SU ARTICULO SEGUNDO FRACCIONES 4a, 5a, Y 6a. OTORGA LA DEFINICION Y RECTORIA DEL PROCESO DESCENTRALIZADOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD AL ORGANISMO CENTRAL SECRETARIA DE SALUD, MARCANDO ASI ABIERTAMENTE LA VERTICALIDAD DEL PROCESO EN DONDE LOS COMPROMISOS TECNICOS QUE LO CARACTERIZAN SE DEFINEN Y ESTABLECEN DENTRO DE LAS INSTITUCIONES CENTRALES, LAS QUE CONTINUAN APLICANDO LA JERARQUIA, POR LO QUE EN NINGUN MOMENTO EL PROCESO REVISTE CARACTERISTICAS O ES PRODUCTO O RESULTADO DEL CONSENSO ESTATAL Y SOCIAL.

3.4.3.3 POR LO QUE CONCIERNE A LOS INSTRUMENTOS JURIDICOS DE LA VIA CONVENCIONAL QUE SUSTENTAN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACION SE COMENTA LO SIGUIENTE:

LOS OCHO INSTRUMENTOS ELABORADOS, REFLEJAN UNA FUERTE LIGA DE TUTELA LA CUAL SE EXTIENDE Y ENVUELVE TODOS LOS AMBITOS DE ACCION DE LA SALUD, QUE IMPLICAN DESDE ASPECTOS LOGISTICOS (COMO EL FINANCIERO, PRESUPUESTAL, ESTADISTICO, DE ORGANIZACION, DE ADMINISTRACION DE PERSONAL, DE EVALUACION, DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO, DE ABASTECIMIENTO Y RECURSOS PATRIMONIALES), HAS TA AREAS COMO LA ENSEANZA Y LA CAPACITACION, OBRAS PUBLICAS, CUOTAS DE RECUPERACION, PROGRAMA DE INVERSIONES, CONTROL Y REGULACION SANITARIA Y ADMINISTRACION Y OPERACION DE SERVICIOS MEDICOS. (72)

EL INSTRUMENTO CONVENCIONAL QUE TOMAREMOS COMO BASE PARA COMENTARLO ES EL ACUERDO DE COORDINACION PARA LA INTEGRACION ORGANICA Y LA DESCENTRALIZACION OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS ENTIDADES.

YA QUE DESDE NUESTRO PUNTO DE VISTA, ES PRIMORDIAL, PORQUE EN EL, DE HECHO SE DEFINEN LOS TERMINOS JURIDICOS QUE CONDICIONAN LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. INSTRUMENTO QUE APOYA NUESTRA TESIS DE QUE DICHA DESCENTRALIZACION SE ENMARCA EN LA CORRESPONDIENTE A LA DE LOS ENTES FUNCIONALMENTE DESCENTRALIZADOS, Y QUE REITERAMOS, PARA EL CASO DE UN PAIS FEDERAL SE IGUALA A UNA DESCONCENTRACION ADMINISTRATIVA, Y PARA EL CASO DE LOS PAISES UNITARIOS SE TRATA DE UNA DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA.

ANTES DE INICIAR LOS COMENTARIOS SOBRE ESTE INSTRUMENTO, CABE EXPLICAR QUE LOS OTROS 7 INSTRUMENTOS DE LA VIA CONVENCIONAL EN MAYOR O MENOR GRADO DEFINEN LA TUTELA DE LOS NUEVOS ENTES DES-

(72) EN EL ANEXO SE ENCUENTRAN CONVENIOS Y ACUERDOS.

CENTRALIZADOS RESPECTO DEL ORGANISMO CENTRAL, DENOMINADO SECRETARIA DE SALUD.

LOS ASPECTOS A DESTACAR DEL ACUERDO DE COORDINACION PARA LA INTEGRACION ORGANICA Y DESCENTRALIZACION OPERATIVA, SON LOS SIGUIENTES:

- AL TITULARSE EL ACUERDO "DESCENTRALIZACION OPERATIVA" SE DESTACA DE INMEDIATO QUE SE CEDE AL ORGANISMO ESTATAL LA OPERACION MAS NO LA JERARQUIA Y CON ELLO LA AUTORIDAD.
- EN LA 4a. CLAUSULA ULTIMO PARRAFO DEL ACUERDO SE ESPECIFICA QUE LA SSA. EN SU CARACTER DE AUTORIDAD SANITARIA FEDERAL SE RESERVA LA FACULTAD DE REALIZAR DIRECTAMENTE TODO ACTO QUE LE COMPETA ORIGINARIAMENTE CONFORME A LA LEY GRAL DE SALUD. (QUE IMPLICA DE HECHO TODO) Y TAMBIEN SE RESERVA EL DERECHO DE SUBRAYAR LA COORDINACION DEL EJERCICIO DE LAS FACULTADES DE REGULACION SANITARIA QUE LE CORRESPONDEN. (90% DEL TOTAL)

COMO SE PUEDE OBSERVAR AUNQUE LA SSA TRANSFIERE FUNCIONES EN FAVOR DE LOS NUEVOS ENTES DOTADOS DE PERSONALIDAD JURIDICA PROPIA LLAMADOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, A TRAVES DE ESTA CLAUSULA EL ORGANISMO CENTRAL (SECRETARIA DE SALUD) SE ASEGURA EL DERECHO A RETIRAR LAS POSIBILIDADES DE ACTUACION DE DICHS ORGANISMOS "DESCENTRALIZADOS" EN CUALQUIER MOMENTO, CON LO QUE SE CORROBORA QUE ESTAS ORGANIZACIONES NO SON COSA DISTINTA DE LA ADMINISTRACION CENTRAL (SSA) SINO, UNICAMENTE PROLONGACIONES FUNCIONALES, YA QUE ESTA ULTIMA CONTINUA EJERCIENDO SOBRE ESTOS ENTES LA TUTELA DE AUTORIDAD.

- EN LA CLAUSULA 8a. FRACC .1a. DEL ACUERDO SE ESTABLECE QUE; LA SSA. FUNGIRA COMO INSTANCIA DE PROGRAMACION, PRESUPUESTACION NACIONAL, DE FINANCIAMIENTO, DE NORMATIVA TECNICA Y DE

EVALUACION.

APLICANDOSE EN ESTE CASO LA TUTELA SOBRE LA ACTIVIDAD, LO QUE IMPLICA EN GENERAL QUE LAS ACCIONES DEL ENTE ESTARAN INSPIRADAS POR "SUGERENCIAS".

- CLAUSULA 6a. FRACC. 7A. LE CORRESPONDE A LA SSA, APROBAR LOS PROGRAMAS Y PRESUPUESTOS INSTRUMENTADOS Y EJERCIDOS POR LOS SERVICIOS Y TRANSFERIR LOS RECURSOS PARA SU OPERACION (VIA - CUD).

ESTABLECIENDOSE ASI A TRAVES DE ESTA CLAUSULA LA TUTELA ECONOMICA.

- CLAUSULA 6a. FRACC. 9a. Y 10a. ES FACULTAD DE LA SSA, ORDENAR Y REALIZAR DIRECTAMENTE VISITAS, INSPECCIONES Y AUDITORIAS A LOS SERVICIOS, A CUALQUIERA DE SUS UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS EN LOS TERMINOS DE LA LEY DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y GASTO PUBLICO FEDERAL Y DE SU REGLAMENTO, DE LA LEY DE RESPONSABILIDADES Y DEMAS DISPOSICIONES LEGALES FEDERALES APLICABLES, SIN PERJUICIO DE LAS ATRIBUCIONES CON QUE CUENTA EL GOBIERNO DEL ESTADO Y LA SECOGEF.

LA SSA PUEDE DESIGNAR EN CUALQUIER TIEMPO, UN SUPERVISOR TEMPORAL O PERMANENTE CON PLENAS FACULTADES PARA VISITAR, ANALIZAR Y EVALUAR LAS ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS EN LO OPERATIVO, ADMINISTRATIVO, PROGRAMATICO, PRESUPUESTAL Y FINANCIERO.

A TRAVES DE ESTAS CLAUSULAS SE ESTABLECE LA TUTELA DE AUTORIDAD Y LA TUTELA DE CONTROL PREVENTIVO Y FISCALIZACION DE LA ACTIVIDAD, DENTANDO SIN LUGAR A DUDAS QUE EL ENTE SIGUE SUBORDINADO AL MINISTERIO CORRESPONDIENTE, AL SOMETERLO PERMANENTEMENTE A CONTROLES DE TODO TIPO.

- CLAUSULA 6a. FRACCION 8a. A LA SSA LE CORRESPONDE, AUTORIZAR

LOS CATALOGOS DE PUESTOS, ASI COMO LOS TABULADORES DE SUELDOS Y LA CREACION DE PUESTOS QUE PROPONGA EL GOBIERNO DEL ESTADO PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS.

EN ESTA FRACCION EL ORGANO CENTRAL FEDERAL CONTINUA EJERCIENDO LA TUTELA DE AUTORIDAD Y DE CONTROL PREVENTIVO SOBRE EL ENTE ESTATAL.

- CLAUSULA 9a. 2o. PARRAFO, LOS RECURSOS CORRESPONDIENTES QUE-APORTE EL GOBIERNO FEDERAL A TRAVES DE LA SSA. QUEDARAN SUJETOS AL REGIMEN LEGAL QUE LES CORRESPONDE. (QUE ES EL FEDERAL).

SE EJERCE A TRAVES DE ESTA CLAUSULA LA TUTELA ECONOMICA, EVIDENCIANDOSE CON ELLO LA INEXISTENCIA DE AUTONOMIA ECONOMICA.

- CLAUSULA 10a. LA SSA. PONE A DISPOSICION DEL GOBIERNO DEL ESTADO EN USO GRATUITO, LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES CON LOS QUE ACTUALMENTE CUENTAN LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y APLICATIVAS DE LA SSA E IMSS-COPLAMAR.

ESTE TIPO DE CONCESION DE LOS RECURSOS FISICOS Y MATERIALES A LOS SERVICIOS ESTATALES, ASEGURA AL ORGANO CENTRAL EL DERECHO A RETIRAR EL PRESTAMO EN CUALQUIER MOMENTO E INVALIDAR TODO EL PROCESO, LO QUE DENOTA QUE EN LA PRACTICA UNICAMENTE EXISTE UNA DELEGACION DE FACULTAD EN LA QUE EL ORGANO CENTRAL CONSERVA LA AUTORIDAD.

- CASO SIMILAR AL ANTERIOR ES EL REFERENTE A LA CLAUSULA 12a.- EN DONDE SE ESTABLECE QUE LOS TRABAJADORES DE LA SSA. DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS DEPENDERAN FUNCIONAL Y OPERATIVAMENTE DEL SECRETARIO DE SALUD "DEL GOBIERNO DEL ESTADO", SIN PERJUICIO DE SU RELACION LABORAL CON LA SSA (ORGANO CENTRAL FEDERAL) Y DE SU AFILIACION AL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SECRETARIA DE SALUD.

LA SECRETARIA DE SALUD "DEL GOBIERNO DEL ESTADO" ACTUARA EN NOMBRE Y POR CUENTA DE LA SSA. EN LO RELATIVO A LAS RELACIONES LABORALES DE NATURALEZA INDIVIDUAL, LOS ASUNTOS LABORALES DE NATURALEZA COLECTIVA SERAN TRATADOS EXCLUSIVAMENTE - POR LA SSA.

LO QUE SIGNIFICA QUE EL PERSONAL SIGUE SIENDO FEDERAL, UNICAMENTE SE DELEGAN LAS FACULTADES PATRONALES, AL SECRETARIO LOCAL - CONSERVANDO LA SSA DE ESTA FORMA EL CONTROL BUROCRATICO Y DE TUTELA SOBRE LAS PERSONAS.

- CLAUSULA 15a. LA SSA. CONTINUARA TEMPORALMENTE (S/FECHA LIMITE) PROPORCIONANDO LOS SERVICIOS DE APOYO NECESARIOS PARA LA OPERACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA Y PARA EL EJERCICIO DE LAS FACULTADES DE REGULACION SANITARIA.

A TRAVES DE ESTA CLAUSULA LA SSA EJERCE LA TUTELA ECONOMICA, LA TUTELA DE FISCALIZACION A PRIORI Y TUTELA SOBRE LA ACTIVIDAD - (ESTO ES TECNICA).

YA QUE IMPLICA EL APOYO FINANCIERO PARA; CONSTRUCCION, EQUIPAMIENTO, CONSERVACION Y MANTENIMIENTO, VIATICOS, PASAJES, COMBUSTIBLES, PAGO A MEDICOS RESIDENTES, ASI COMO LLEVAR A CABO LOS CONCURSOS DE MEDICAMENTOS, MATERIAL DE CURACION, BIENES DE INVERSION, CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL, ASESORIA, - OTORGAMIENTO DE NORMAS, LINEAMIENTOS, METODOLOGIAS, OPINIONES "TECNICAS", INTEGRACION DE PROGRAMAS. (VEASE CONVENIO DE APOYO LOGISTICO EN ANEXO).

ESTA ES LA TUTELA QUE SE EJERCE EN LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD .

Y HABLAR DE TUTELA COMO SE DEFINIO EN EL CAPITULO ANTERIOR ES - HABLAR DE UN NEXO DE DEPENDENCIA DE PODERES DE CONTROL, DE FISCALIZACION Y HASTA DE JERARQUIA Y AUNQUE EL ACUERDO OTORGA AL -

"NUEVO" ORGANISMO PERSONALIDAD JURIDICA (COMO SE EXPLICO TAMBIEN EN EL CAPITULO ANTECEDENTE AL HABLAR DE ENTES FUNCIONALMENTE - DESCENTRALIZADOS), ESTA NO EVITA QUE EL ENTE SERVICIOS ESTATALES DE SALUD Y EL ORGANISMO SECRETARIA DE SALUD, CONSTITUYAN UN TODO UNITARIO.

LA MAS CLARA EVIDENCIA DE QUE SE TRATA DE UN ENTE FUNCIONALMENTE DESCENTRALIZADO O DE UNA DESCENTRALIZACION FUNCIONAL (PROPIA DE UN PAIS UNITARIO), ES QUE LA FEDERACION RETIENE LAS FACULTADES Y/O ELEMENTOS BASICOS QUE OTORGARIAN AL PROCESO UNA PRACTICA VERDADERAMENTE DESCENTRALIZADORA (DADA ESTA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TEORIA CLASICA DEL DERECHO ADMINISTRATIVO Y DE UN PAIS FEDERAL) Y QUE DESDE NUESTRA PERSPECTIVA SON:

EL CONTROL ECONOMICO

LA SSA CONSERVA EL FINANCIAMIENTO MAYORITARIO DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD QUE VA DEL 75% AL 100%, DADO QUE EL MAYOR INGRESO FISCAL LO RETIENE EL GOBIERNO FEDERAL Y NO ES SINO A TRAVES DE LA SSA QUE SUBSIDIA A LOS ORGANISMOS "DESCENTRALIZADOS".

EL CONTROL DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL QUE TIENE EL GOBIERNO FEDERAL AL OTORGAR LOS RECURSOS AL ESTADO A TRAVES DEL SISTEMA DE CUENTAS POR LIQUIDAR POR MEDIO DE UNA INSTITUCION BANCARIA, FACILITANDO ASI SU MANEJO FEDERAL (DELEGACION SPP, JAMAS SE ENTREGA EL DINERO AL ESTADO SINO AL ENTE QUE LO EJERCERA POR MEDIO DE LA DELEGACION) SUJETANDO EL "EJERCICIO ESTATAL" A CALENDARIOS DE PAGO.

Y EL CONTROL QUE EJERCE LA FEDERACION POR LA RETENCION DE LOS RECURSOS MUEBLES E INMUEBLES CON QUE OPERARA EL ORGANISMO "DESCENTRALIZADO"

EL CONTROL POLITICO

DADO POR LA RETENCION POR PARTE DE LA FEDERACION (SSA) DE LAS FACULTADES PATRONALES RESPECTO DEL PERSONAL QUE LABORA ESTATALMENTE Y POR SU DIRIGENCIA A TRAVES DEL SINDICATO NACIONAL.

Y POR ULTIMO EL CONTROL CENTRAL GENERAL

EXPRESADO POR LA ASIGNACION POR PARTE DEL NIVEL CENTRAL DE VALORES AL PROCESO DESCENTRALIZADOR GLOBAL, AL ENGARZAR ESTE PROYECTO AL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO (CUD).

PARA EXPONER INTEGRAL Y CABALMENTE LAS BASES EN QUE SE SUSTENTO EL PROCESO DESCENTRALIZADOR ES NECESARIO VINCULAR LA INSTRUMENTACION JURIDICA YA COMENTADA CON LA INSTRUMENTACION TECNICA QUE A CONTINUACION TRATAREMOS.

3.5 INSTRUMENTACION TECNICA

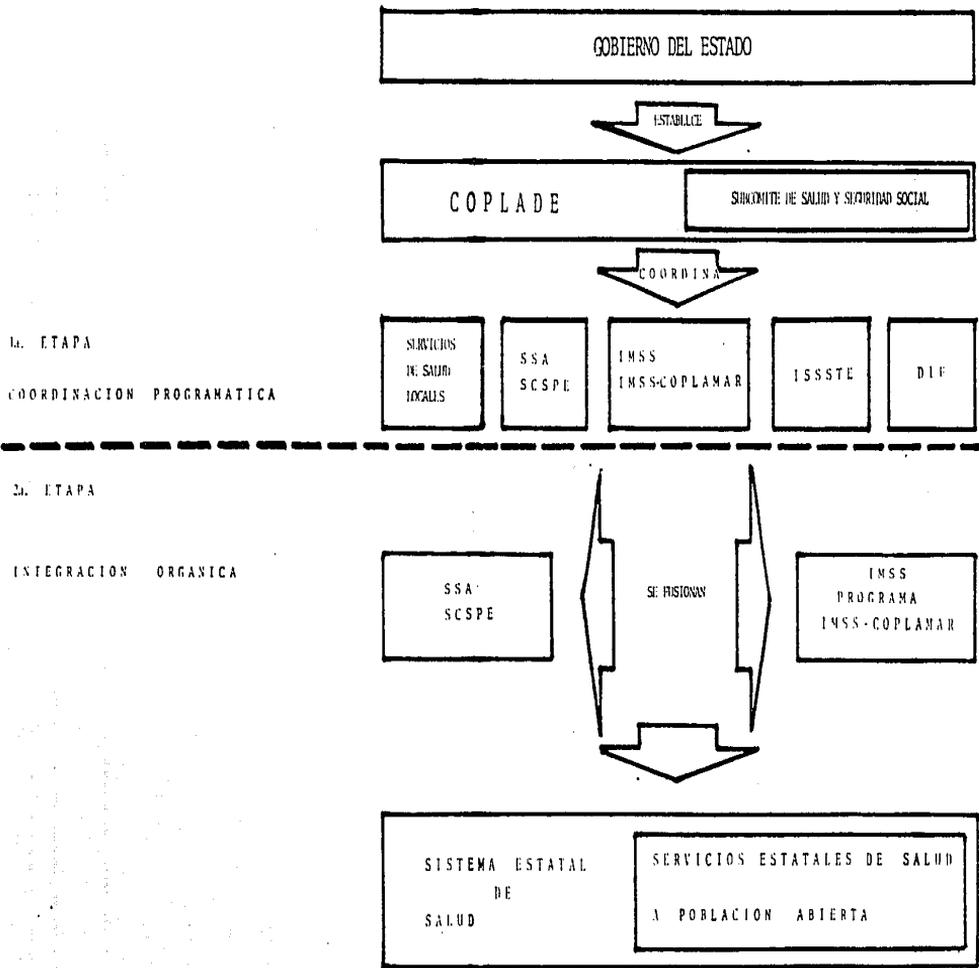
LA INSTRUMENTACION TECNICA ES LA PARTE ENCARGADA DE APORTAR LA CONGRUENCIA Y SOSTEN PRACTICO AL PROCESO JURIDICO, POLITICO DESCENTRALIZADOR A TRAVES DEL ESTABLECIMIENTO DE UN MODELO FUNCIONAL ESTRUCTURAL PARA LA OPERACION DEL SISTEMA DE SALUD DESCENTRALIZADO.

ESTA PARTE TECNICO ADMINISTRATIVA SE PLANEO LLEVARLA A CABO EN DOS ETAPAS A SABER. (CUADRO 6)

3.5.1 COORDINACION PROGRAMATICA

cuadro 6

ETAPAS DEL PROCESO



**3.5.2 INTEGRACION ORGANICA Y DESCENTRALIZACION OPERATIVA, (QUE-
IMPLICA BASICAMENTE LA FUSION DE DOS DEPENDENCIAS FEDERA-
LES SSA E IMSS-COPLAMAR PARA CONSTITUIR LOS LLAMADOS SER-
VICIOS DE SALUD).**

**3.5.1 LA PRIMERA ETAPA COORDINACION PROGRAMATICA, SE INICIA CON
LA FIRMA DEL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO (CUD) 1984, CE-
LEBRADO ENTRE EL GOBIERNO FEDERAL Y LOS GOBIERNOS DE LAS-
ENTIDADES FEDERATIVAS. Y CON EL DECRETO PRESIDENCIAL DEL-
8 DE MARZO DEL MISMO AÑO, QUE ORDENA LA DESCENTRALIZACION
E INTEGRACION DE LOS SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLI
CA EN LOS ESTADOS Y LOS DENOMINADOS IMSS-COPLAMAR.**

**EN ESTA ETAPA SE PRETENDE QUE LOS GOBIERNOS LOCALES, SE -
INTRODUZCAN PAULATINAMENTE Y CONOZCAN LA OPERACION DE LOS
DIVERSOS SERVICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD, A FIN DE QUE -
LLEVEN A CABO ALGUNAS ACCIONES PARA APROXIMARLOS, EVITAR-
DUPLICIDADES Y CONTRADICCIONES Y ASEGURAR COMPLEMENTAREI-
DAD, "APOYO RECIPROCO Y DESARROLLO ARMONICO" DEL "SISTEMA
ESTATAL" DE SALUD. TALES COMO LA COORDINACION, REGULACION
Y ORDENACION DE LOS PROGRAMAS DE SALUD PONIENDO ESPECIAL-
ENFASIS EN LAS INSTITUCIONES QUE PROPORCIONAN SERVICIO A
POBLACION ABIERTA, SSA E IMSS COPLAMAR.**

**LOS INDICADORES QUE LA FEDERACION DETERMINO COMO DESEABLES A LO
GRAR EN ESTA ETAPA Y A TRAVES DE LOS CUALES SE EVALUARIA EL A-
VANCE Y EXITO DE LA "PARTICIPACION ESTATAL" LA CUAL SE "TOMARIA
COMO REFERENCIA" Y PLATAFORMA NECESARIA PARA INSTRUMENTAR LA SE
GUNDA ETAPA DE LA DESCENTRALIZACION (INTEGRACION ORGANICA), FUE
RON:**

- LA ADECUACION DEL MARCO JURIDICO**
- LA COBERTURA O AMBITO DE ACCION DE LOS SERVICIOS**

- LA COORDINACION DE LOS SISTEMAS DE PLANEACION, PROGRAMACION, PRESUPUESTACION.
- LA ELABORACION DEL INVENTARIO DE RECURSOS PARA LA SALUD EN LA ENTIDAD.

INDICADORES QUE SE SUBDIVIDIERON A SU VEZ EN DIVERSAS ACCIONES A DESARROLLAR TANTO POR EL NIVEL ESTATAL COMO EL FEDERAL, MISMAS QUE CONSTITUYEN EL ESQUEMA DE "ANALISIS". (CUADRO 7)

DICHAS ACCIONES ARGUMENTA LA FEDERACION POSIBILITARIAN LA INTRODUCCION DE ALGUNOS ELEMENTOS "CLAVE" EN EL NIVEL ESTATAL PARA PODER INSTRUMENTAR LA ETAPA DE INTEGRACION ORGANICA Y DESCENTRALIZACION OPERATIVA.

LOS RESULTADOS QUE SE PLANTEO OBTENER CON LA COORDINACION PROGRAMATICA FUERON:

- EN SU FASE ANALITICA.

LA ELABORACION DE UN DIAGNOSTICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE CADA ENTIDAD FEDERATIVA.

- EN SU FASE DE PLANEACION.

LA FORMULACION DE PROPUESTAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

LA ELABORACION DE ESTUDIOS PARA REESTRUCTURAR LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS Y MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA.

cuadro 7

I. - A NIVEL NACIONAL

- 1.- FORMULACION DEL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- 2.- INTERACCION DE METODOLOGIA PARA LA FORMULACION DE PROGRAMAS ESTATALES DE SALUD.
- 3.- INTERACCION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCION A POBLACION ABIERTA.
- 4.- EXPEDICION DE NORMAS TECNICAS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA.
- 5.- MANUAL PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO, DE LOS SUBCOMITES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE LOS COPLADE Y MANUAL PARA LA COORDINACION PROGRAMATICA A NIVEL ESTATAL.
- 6.- ESTABLECIMIENTO DEL COMITE DE OPERACION DEL PROGRAMA, IMSS - COPLAMAR
- 7.- CELEBRACION DE ACUERDOS DE COORDINACION PARA LA DESCENTRALIZACION CON CADA UNO DE LOS GOBIERNOS DE LOS ESTADOS EN 1984.
- 8.- FORMULACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION Y REFORZAMIENTO DE UNIDADES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION Y TRANSFERENCIA DE RECURSOS A LOS ESTADOS.
- 9.- CELEBRACION DE ACUERDOS DE COORDINACION PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE FINANCIAMIENTO E INVERSION EN CADA ENTIDAD FEDERATIVA.
- 10.- REESTRUCTURACION Y COMPACTACION DE LA ADMINISTRACION CENTRAL DE LA SSA PARA ASUMIR SU FUNCION NORMATIVA.

II. - A NIVEL ESTATAL

- 1.- FORMULACION DEL PROGRAMA ESTATAL DE SALUD.
- 2.- OPINION DE LOS GOBERNADORES SOBRE EL PROGRAMA - PRESUPUESTO DE SSA E IMSS - COPLAMAR
- 3.- INFORMES Y ESTUDIOS TECNICOS DE LOS SCSPES SOBRE DEFICIENCIAS Y PROBLEMAS DE LOS SERVICIOS A POBLACION ABIERTA.
- 4.- RECOMENDACIONES DE LOS GOBIERNOS ESTATALES PARA MEJORAR EL APORTE DE LAS UNIDADES DE ATENCION MEDICA A POBLACION ABIERTA Y DETERMINACION DE OBRAS DE BENEFICIO COLECTIVO.
- 5.- ACUERDOS DE LOS TITULARES DE SCSPES E IMSS - COPLAMAR CON LOS GOBERNADORES PARA LA COORDINACION PROGRAMATICA.
- 6.- PARTICIPACION DE LOS GOBERNADORES EN LOS CONSEJOS INTERNOS DE ADMINISTRACION Y DE VIGILANCIA DE SCSPES E IMSS - COPLAMAR, RESPECTIVAMENTE.
- 7.- DISEÑO DE SISTEMAS ESTATALES DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES, CONSIDERANDO LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS.
- 8.- PROPUESTAS DE LOS GOBERNADORES SOBRE LA CANCELACION DE DUPLICIDAD EN UNIDADES DE ATENCION DE LA SSA E IMSS - COPLAMAR.
- 9.- INSTALACION Y OPERACION DE LOS SUBCOMITES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE LOS COPLADE.
- 10.- FORMULACION DEL APARTADO DE SALUD EN LOS PLANES ESTATALES DE DESARROLLO.
- 11.- COORDINACION SSA, IMSS - COPLAMAR, SERVICIOS LOCALES EN LA OPERACION DE PROGRAMAS DE ATENCION MEDICA Y SALUD PUBLICA.
- 12.- EXPEDICION DE LEGISLACION ESTATAL EN MATERIA DE SALUD.
- 13.- CELEBRACION DE ACUERDOS EN MATERIA DE CONFIANZA EN EL ENTENDIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA.

LA ELABORACION DE ALTERNATIVAS DE COORDINACION DE ESFUERZOS ENTRE FUNCIONES HOMOLOGAS Y DE COMPLEMENTAREIDAD, ENTRE LAS DIVERSAS INSTITUCIONES DE SALUD QUE OPERAN EN EL ESTADO.

LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE SALUD ESTATAL Y DE UN PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION.

"TODO ESTO CON EL PROPOSITO DE ELEVAR LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, AMPLIAR LA COBERTURA DE LOS MISMOS Y REORDENAR LA INFRAESTRUCTURA DE LA CAPACIDAD INSTALADA - EXISTENTE".

LA EVALUACION DE LOS RESULTADOS DE ESTA 1a.ETAPA ESTUVO A CARGO DE INSTANCIAS FEDERALES TALES COMO LA SPP, LA CONTRALORIA GRAL DE LA FEDERACION Y LA SSA, QUIENES DETERMINARON CUALES ENTIDADES ERAN VIABLES DE PROSEGUIR CON LA SEGUNDA ETAPA DE DESCENTRALIZACION. PREVALECIENDO EN DICHA SELECCION COMO PRIMORDIAL EL CRITERIO POLITICO Y LAS SIGUIENTES REFERENCIAS:

- QUE LAS ENTIDADES PARTICIPANTES ESTUVIERAN LOCALIZADAS EN DISTINTAS REGIONES DEL PAIS.
- QUE ESTAS FUERAN REPRESENTATIVAS DE LOS DIVERSOS NIVELES DE DESARROLLO.
- QUE NO TUVIERAN EL MISMO PESO DEMOGRAFICO.
- QUE LA PARTICIPACION DE IMSS COPLAMAR, FUERA SIGNIFICATIVA EN UNOS ESTADOS Y EN OTROS REDUCIDA.
- QUE EL ESTADO "CONTARA CON INFRAESTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y TECNICA SUFICIENTE Y.
- QUE LOS GOBERNADORES , "EXPRESARAN SU VOLUNTAD" DE PARTICIPAR EN EL PROCESO. (PARAR LEGITIMAR EL ACTO POLITICO)

3.5.2 LA 2a. ETAPA LLAMADA DE INTEGRACION ORGANICA Y DESCENTRALIZACION OPERATIVA SE INICIA EN 1985 CON LA PARTICIPACION DE 12 ENTIDADES FEDERATIVAS; BCS, COLIMA, GUANAJUATO, GUERRERO, JALISCO, EDO. MEXICO, MORELOS, NUEVO LEON, QUE RETARO, SONORA, TABASCO Y TLAXCALA.

PARA 1987, SE SUMAN LOS ESTADOS DE AGUASCALIENTES Y QUINTANA ROO.

CARACTERIZANDOSE ESTA ETAPA, POR LA FUSION DE LOS SERVICIOS DE SALUD PUBLICA Y DE IMSS COPLAMAR (DOS INSTITUCIONES FEDERALES) PARA CONFORMAR LOS LLAMADOS "SERVICIOS ESTATALES DE SALUD A POBLACION ABIERTA", QUEDANDO LA COORDINACION OPERATIVA DE DICHS ORGANOS FUSIONADOS BAJO LA "RESPONSABILIDAD DE LOS GOBIERNOS LOCALES" CONFORME LO ESTIPULA EL ACUERDO DE COORDINACION FIRMADO, (CABE MENCIONAR QUE EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS DONDE SE CONTABA CON SERVICIOS DE SALUD PERTENECIENTES AL GOBIERNO ESTATAL, ESTOS NO SE INTEGRARON AL ORGANO DENOMINADO SERVICIOS ESTATALES, SINO QUE PERMANECIERON INDEPENDIENTES AL PROCESO DESCENTRALIZADOR). (CUADRO 8)

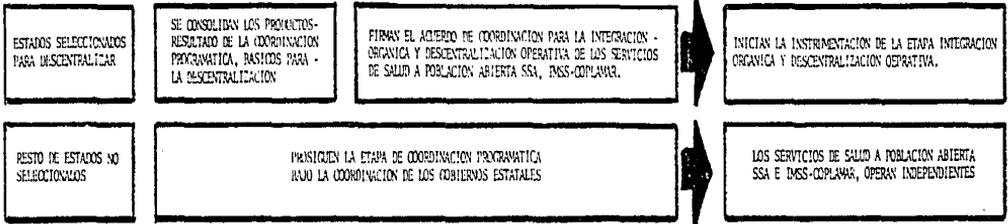
SE PRESENTA UN CALCULO ESTIMADO DE LO QUE LA INTEGRACION ORGANICA (FUSION) INVOLUCRARIA EN RECURSOS MATERIALES, HUMANOS Y FINANCIEROS PARA LAS 32 ENTIDADES FEDERATIVAS. (CUAD. 9)

3.5.2.1 MECANISMOS DE DIRECCION Y COORDINACION DE LA ETAPA DE INTEGRACION ORGANICA.

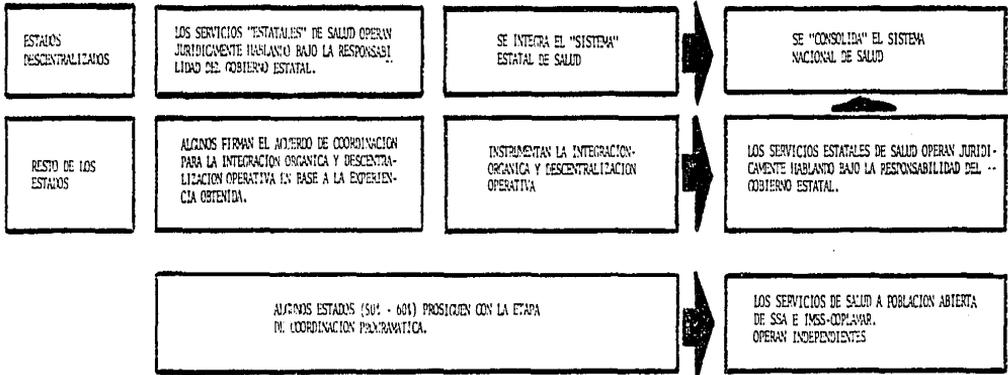
PARA LLEVAR A CABO LOS TRABAJOS DE INTEGRACION ORGANICA, ENFOCADOS A DAR SOLUCION A LA PARTE ADMINISTRATIVA DEL PROYECTO DES-

cuadro 8

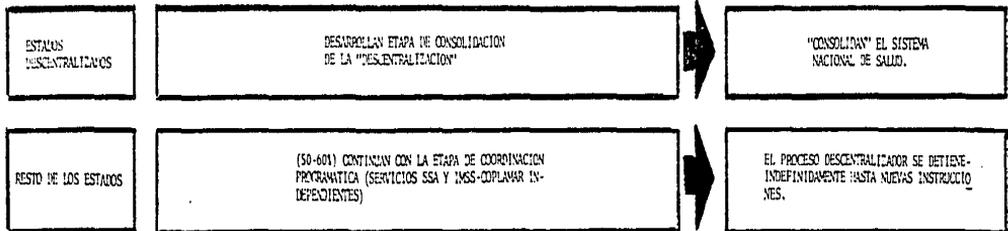
1985



1986



1987-1988



PARA LLEVAR A CABO LOS TRABAJOS DE INTEGRACION ORGANICA, ENFOCA
ESTIMACION DEL COSTO DE LA DESCENTRALIZACION PARA LAS 32 ENTIDA
DES FEDERATIVAS. (CUADRO 9)

CONCEPTO TOTAL (MILLONES DE PESOS)

UNIDADES DE PRIMER NIVEL

SSA	5,500
IMSS COPLAMAR	3,124
TOTAL	8,624

CAMAS DE 2o. NIVEL

SSA	9,399
IMSS COPLAMAR	1,554
TOTAL	10,953

TRABAJADORES

SSA	97,333
IMSS COPLAMAR	16,408
TOTAL	113,741

PRESUPUESTO

SSA	130,000
IMSS COPLAMAR	29,000
TOTAL	159,000

FUENTE: D. GRAL DE DESCENT Y MOD.ADVA SSA, 1985.

CENTRALIZADOR, LA ADMINISTRACION CENTRAL (SSA) ESTABLECIO UNA ORGANIZACION COMPLEJA CONSTITUIDA POR 9 INSTANCIAS TECNICAS LLAMADAS MECANISMOS, LAS CUALES SE ENCARGARIAN DE LA DEFINICION, "IMPULSO" Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DE DESCENTRALIZACION.

ESTAS INSTANCIAS SE FORMARON POR GRUPOS MULTIDISCIPLINARIOS PERTENECIENTES A SSA, IMSS E IMSS COPLAMAR. SU CARACTERISTICA PREDOMINANTE FUE LA DE ESTAR INTEGRADOS POR PERSONAL DE LA ADMINISTRACION CENTRAL DE LAS INSTITUCIONES MENCIONADAS Y CUYA FUNCION BASICA FUE LA DE ESTABLECER LOS LINEAMIENTOS DEL PROCESO DESCENTRALIZADOR VERTICALMENTE (ESTO ES DE LA FEDERACION A LOS ESTADOS), OPERAR EL PROCESO INTEGRALMENTE Y CREAR UNA MULTIPLICIDAD DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS, HACIENDO GALA DE UN DESPLIEGUE TECNICO, CUYO OBJETIVO FINAL CONSISTIA EN LOGRAR QUE CADA UNA DE LAS AREAS CENTRALES QUE TUVIERAN QUE TRANSFERIR COMPETENCIAS DE BIDO AL PROCESO DESCENTRALIZADOR, COLOQUIALMENTE HABLANDO PUSIERAN SU PIE EN LA ENTIDAD FEDERATIVA A DESCENTRALIZAR (CREANDO LA TUTELA) Y AMARRAR ASI SUS RESPECTIVAS FACULTADES DE DECISION EN DICHO PROCESO, TRANSFIRIENDO VIRTUALMENTE PERO NO REALMENTE SUS COMPETENCIAS A LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD.

ESTA COMPLEJA Y PESADA INFRAESTRUCTURA ORGANIZATIVA ESTUVO CONFORMADA POR:

- 3.5.2.1.1 EL COMITE DE DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD
- 3.5.2.1.2 EL PROGRAMA OPERACION IMPACTO O DE SERVICIOS DE SA SALUD
- 3.5.2.1.3 EL GRUPO DE TRABAJO PARA LA DESCENTRALIZACION DE LA-REGULACION SANITARIA.

3.5.2.1.4 EL COMITE DE COMISARIOS

3.5.2.1.5 LOS REPRESENTANTES DE AREAS MAYORES

3.5.2.1.6 EL COMITE DEL PROGRAMA DE APOYOS LOGISTICOS

3.5.2.1.7 VISITAS A TITULARES DE SERVICIOS DE SALUD

3.5.2.1.8 REUNION CON EL C. SECRETARIO

3.5.2.1.9 CONSEJO NACIONAL DE SALUD

INTEGRACION Y FUNCIONES DE LOS 9 MECANISMOS

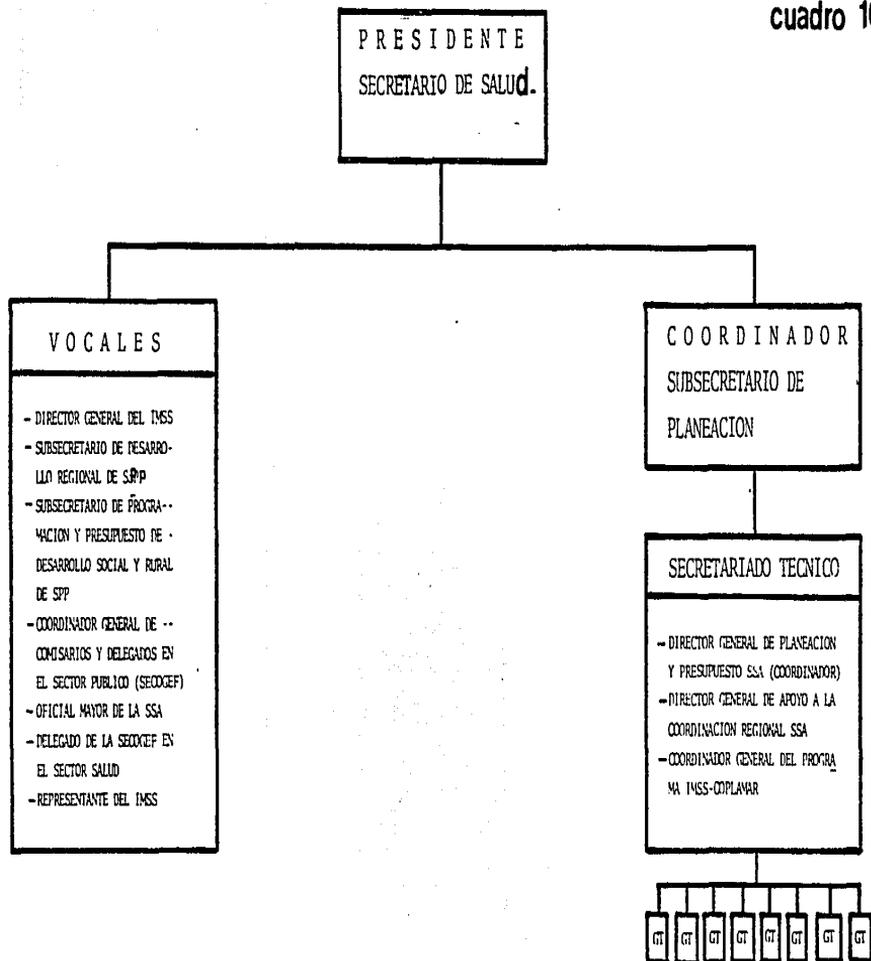
COMO MECANISMO MACRO DE DIRECCION Y COORDINACION GENERAL SE FORMO: (CUADRO 10)

3.5.2.1.1 EL COMITE DE DESCENTRALIZACION; EL CUAL SE ESTABLECE EL 21 DE ENERO DE 1985 Y SE CONSTITUYE EN LA INSTANCIA GENERAL DE COORDINACION Y PLANEACION DEL PROCESO DESCENTRALIZADOR, EN EL QUE INTERVIENEN SSA E IMSS COMO ENTIDADES DIRECTAMENTE PARTICIPANTES Y SPP Y SECOGEF EN SU CARCTER DE ENTIDADES GLOBALIZADORAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA.

- ESTE GRUPO TIENE A SU CARGO LA DEFINICION DE LOS LINEAMIENTOS MACRO PARA EL MANEJO LABORAL, FINANCIERO, PATRIMONIAL, TECNICO Y POLITICO DE LA DESCENTRALIZACION.

INTEGRACION DEL GRUPO:

- COMO PRESIDENTE DEL COMITE EL SECRETARIO DE SALUD;



gt = GRUPO DE TRABAJO: PROGRAMAS ESTATALES Y MODELO DE ATENCION; FINANCIAMIENTO; ASPECTOS LABORALES; ABASTECIMIENTO; CONSTRUCCION Y MANTENIMIENTO; ASPECTOS PATRIMONIALES; ENSEÑANZA Y CAPACITACION; E INFORMACION.

- COMO VOCALES SE ENCUENTRAN EL DIRECTOR GRAL DEL IMSS, LOS SUBSECRET. DE DESARROLLO REGIONAL Y DE PLANEACION Y PRESUPUESTO DE DESARROLLO SOCIAL Y RURAL DE SPP, EL COORDINADOR GRAL DE DELEGADOS DEL SECTOR SALUD DE SECOGEF, EL OFICIAL MAYOR DE LA SSA, REPRESENTANTES DEL IMSS;
- COMO COORDINADOR, EL SUBSECRETARIO DE PLANEACION DE LA SSA.
- COMO SECRETARIO TECNICO; DIVERSAS DIRECCIONES GRALES DE LA SSA Y LA COORDINACION GRAL DEL PROGRAMA IMSS COPLAMAR.
- OCHO GRUPOS DE TRABAJO CENTRALES BIPARTITAS SSA E IMSS.

GRUPO PROGR. ESTATALES, MODELO DE ATENCION Y ORGANIZACION

GRUPO FINANCIAMIENTO Y CONTABILIDAD

GRUPO ASPECTOS LABORALES

GRUPO ABASTECIMIENTO

GRUPO CONSERVACION Y MANTENIMIENTO

GRUPO ASPECTOS PATRIMONIALES

GRUPO ENSEANZA Y CAPACITACION

GRUPO INFORMACION

- GRUPOS INTEGRADOS SOLO POR SSA

GRUPO REGULACION SANITARIA

GRUPO CONTROL

GRUPO ASUNTOS JURIDICOS

GRUPO EPIDEMIOLOGIA

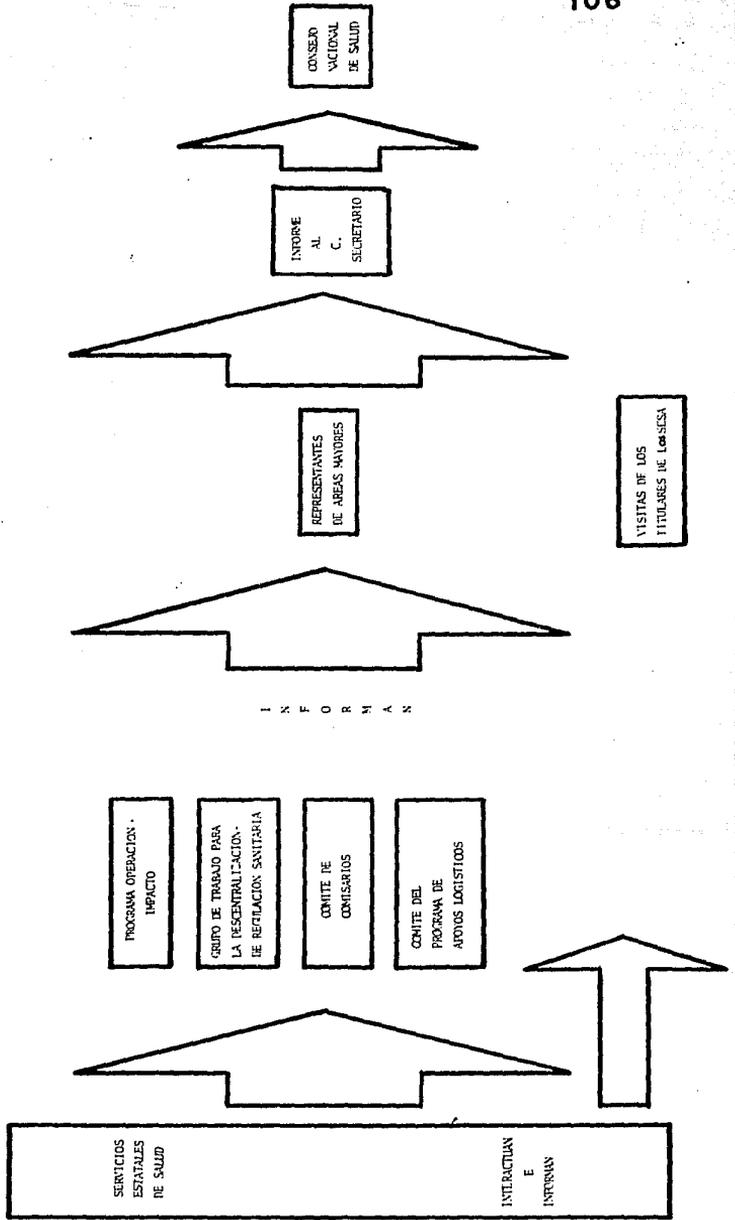
GRUPO COMUNICACION SOCIAL

GRUPO INVESTIGACION EN SALUD

COMO MECANISMOS MACRO PARA LA COORDINACION INTERNA DE LA SSA EN LOS TRABAJOS DE DESCENTRALIZACION SE INTEGRAN: (CUADRO 11)

DIAGRAMA DE MECANISMOS PARA LA PLANEACION
 OPERACION Y SEGUIMIENTOS DEL PROGRAMA DE-
 DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

cuadro 11



3.5.2.1.2 PROGRAMA OPERACION IMPACTO O DE SERVICIOS DE SALUD; - ESTA ENFOCADO A DEFINIR LOS TERMINOS Y LAS MODALIDADES DE LA - DESCENTRALIZACION DE LAS FUNCIONES SUSTANTIVAS DE SALUD CUBRIENDO LOS PROGRAMAS NORMALES Y TAMBIEN LOS PRIORITARIOS (COMO NUTRICION, CONTROL EPIDEMIOLOGICO, SALUD MATERNO INFANTIL, EDUCACION PARA LA SALUD, ATENCION MEDICA, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA), MANEJADO ESTE MECANISMO POR SUPUESTO A TRAVES DE CONSULTAS DEL NIVEL CENTRAL Y COORDINADO POR EL SECRETARIADO TECNICO.

3.5.2.1.3 GRUPO DE TRABAJO PARA LA DESCENTRALIZACION DE LA REGULACION SANITARIA, SALUD AMBIENTAL Y OCUPACIONAL Y CONTROL DE INSUMOS PARA LA SALUD, CON EL MISMO OBJETIVO DEL ANTERIOR, DE DEFINIR LOS TERMINOS DEL PROCESO EN EL AMBITO CORRESPONDIENTE, LA COORDINACION ESTA A CARGO DE LA D.G. DE BIENES Y SERVICIOS - CON LA COLABORACION DE 7 DIRECCIONES GRALES CENTRALES (ASUNTOS JURIDICOS, INFORMACION, EVALUACION, ABASTECIMIENTO Y 3 DIRECCIONES ENCARGADAS DE REGULACION SANITARIA).

3.5.2.1.4 COMITE DE COMISARIOS; INTEGRADO POR PERSONAL DE ALTO NIVEL DE LA SSA, A QUIENES SE LES OTORGO EL CARGO DE COMISARIO, PARA QUE VIGILEN EN EL NIVEL ESTATAL EL PROCESO GLOBAL DE DESCENTRALIZACION, GESTIONEN ANTE EL NIVEL CENTRAL LOS APOYOS LOGISTICOS NECESARIOS Y MANTENGAN INFORMADO AL SECRETARIADO TECNICO DE LOS AVANCES EN LA MATERIA EN LA ENTIDAD Y SU "PROBLEMATICA". EXISTE UN COMISARIO POR CADA ENTIDAD FEDERATIVA QUE PARTICIPA EN LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

3.5.2.1.5 REPRESENTANTES DE AREAS MAYORES; ESTE MECANISMO ES - COORDINADOR DE LAS INSTANCIAS ANTERIORES, APELA BASICAMENTE A LA LINEA JERARQUICA PARA LOGRAR UN CONTROL INTERNO DE LOS PROCESOS DESCENTRALIZADORES, SE REFIERE A QUE CADA UNO DE LOS SUBSECRETARIOS (3), EL OFICIAL MAYOR (TODOS SSA), COORDINEN Y DEN SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE DESCENTRALIZACION QUE SE DESARROLLAN AL INTERIOR DE SUS AREAS Y EVITEN "INCONGRUENCIAS".

3.5.2.1.6 COMITE DEL PROGRAMA DE APOYOS LOGISTICOS; ESTE, MECANISMO ESTA A CARGO DEL OFICIAL MAYOR, TAMBIEN SE APLICA LA JERARQUIA PARA LA COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LAS TAREAS QUE EMPRENDE LAS AREAS DEPENDIENTES DE OFICIALIA MAYOR RESPECTO DEL EJERCICIO DEL CONVENIO DE APOYO LOGISTICO ESTABLECIDO CON LAS ENTIDADES FEDERATIVAS EL CUAL COMPROMETE ACCIONES DE PROGRAMACION, PRESUPUESTACION, FINANCIAMIENTO, ADMINISTRACION DE PERSONAL, ABASTECIMIENTO, INFORMATICA...

3.5.2.1.7 VISITAS A TITULARES DE SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, (SESA) ESTE MECANISMO OBLIGA A LOS TITULARES DEL ORGANO SERVICIOS ESTATALES DE SALUD A RENDIR UN INFORME DEL ESTADO Y AVANCE DE LA "DESCENTRALIZACION" DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA DE SU ENTIDAD, A TRAVES DE UNA ENTREVISTA CON LOS SUBSECRETARIOS Y OFICIAL MAYOR DE LA SSA, CUANDO ESTOS LO SOLICITEN.

3.5.2.1.8 REUNION CON EL C. SECRETARIO; SE CITA DISCRECIONALMENTE A LOS TITULARES DE AREAS MAYORES A PRESENTAR INFORMACION GENERAL SOBRE LOS AVANCES DEL PROCESO DESCENTRALIZADOR.

3.5.2.1.9 CONSEJO NACIONAL DE SALUD; ESTE MECANISMO SE CREA POR UN ACUERDO DEL EJECUTIVO FEDERAL EL 15 DE MARZO DE 1985, COMO UNA INSTANCIA MAS DE PROGRAMACION, PRESUPUESTACION Y EVALUACION DEL PROCESO DESCENTRALIZADOR DE LA SSA.

FUNCIONES QUE YA EJERCE EN SU CARACTER DE CONDUCTOR DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y AL AMPARO DE LA LEY DE PLANEACION, DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO Y DEL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO.

PRESIDE ESTA INSTANCIA EL SECRETARIO DE SALUD, Y COMO SECRETARIO TECNICO FUNGEN 3 SUBSECRETARIOS Y OFICIAL MAYOR DE LA SSA (ADMINISTRACION CENTRAL)

ESTE MECANISMO SE CARACTERIZA POR ESTABLECER UNA "COORDINACION ENTRE FEDERACION Y ESTADOS, EN LA QUE LA FEDERACION "INVITA" A

LOS TITULARES DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD EN FORMA TRIMESTRAL A QUE INFORMEN SOBRE LAS FACULTADES Y RECURSOS "DESCENTRALIZADOS EN SUS RESPECTIVAS ENTIDADES, "PARTICIPEN" CON SU "VOTO" EN LAS DECISIONES NACIONALES DE SALUD Y "PROPONGAN" ACCIONES PARA MEJORAR SUS SERVICIOS EN EL MARCO DE LA "DESCENTRALIZACION."

A TRAVES DE ESTE ULTIMO MECANISMO SE ESTABLECE CLARAMENTE LA TUBERICULA GLOBAL SOBRE EL PROCESO DESCENTRALIZADOR CREANDO UNA LINEA JERARQUICA QUE SE INTRODUCE DENTRO DEL SENO DEL NUEVO ENTE SERVICIOS ESTATALES DE SALUD A TRAVES DEL MAYOR REPRESENTANTE DE LA ADMINISTRACION PUBLICA CENTRALIZADA, EL SECRETARIO DE SALUD, COLOCADO COMO ELEMENTO RECTOR EN LA CUSPIDE DEL ORGANO DENOMINADO CONSEJO NACIONAL DE SALUD.

3.5.2.2 *NORMATIVIDAD*

COMO PRODUCTO DE LA ACCION DE LOS GRUPOS Y MECANISMOS ANTES MENCIONADOS, SE DERIVO UNA ABRUMADORA CANTIDAD DE NORMATIVIDAD, - CRITERIOS, MODELOS, MANUALES, DEFINIENDOSE ASI EL PROCESO EN FORMA VERTICAL Y UNILATERAL, ESTO ES, DE LA FEDERACION HACIA LOS ESTADOS Y ADEMAS CONVIRTIENDO A LA DESCENTRALIZACION EN UN PROCESO PESADO, RIGIDO Y SIN ALTERNATIVA DE PROSPERAR POR LA FALTA DE PARTICIPACION REAL Y CREATIVA DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS QUE "ACEPTARON" EFECTUAR DICHO PROCESO.

AUN CONOCIENDO LO TEDIOSO Y ABRUMANTE QUE RESULTA, MENCIONAREMOS ALGUNOS DE LOS DOCUMENTOS GENERADOS POR LA ADMINISTRACION CENTRAL PARA DAR UNA REAL DIMENSION DE LO QUE IMPLICAN ESTOS AMARRES, YA QUE NO SE REFIEREN NECESARIAMENTE A LINEAMIENTOS O PARAMETROS GENERALES DE ACCION, SINO QUE SE ENFOCAN HACIA LO NETAMENTE OPERATIVO Y EN DETALLE ABARCANDO TODOS LOS AMBITOS DE

LA ADMINISTRACION DE LA SALUD, DEJANDO AL ORGANO "DESCENTRALIZADO" SIN POSIBILIDAD ALGUNA DE UNA ACTUACION AUTONOMA. TAN SOLO EL ACUERDO DE COORDINACION PARA LA INTEGRACION ORGANICA Y DESCENTRALIZACION OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN LA CLAUSULA DECIMA SEPTIMA, MARCA COMO BASICOS 27 MANUALES TECNICOS Y SEÑALA LA OPCION A TODOS LOS NECESARIOS QUE DEFINA LA FEDERACION EN EL PROCESO.

LOS SEÑALADOS EN EL ACUERDO SON LOS SIGUIENTES:

- . MODELO DE ATENCION A LA SALUD A POBLACION ABIERTA
- . ESTUDIO DE REGIONALIZACION OPERATIVA
- . MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
- . MODELO DEL SISTEMA ESTATAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
- . MANUAL DE ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
- . MANUAL DE ORGANIZACION DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS
- . MARCO JURIDICO EN MATERIA DE ABASTECIMIENTO
- . CUADRO BASICO DE INSUMOS PARA UNIDADES DE PRIMER NIVEL
- . CUADRO BASICO DE INSUMOS PARA UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL
- . CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO
- . PLANTILLA DE PERSONAL
- . TABULADOR DE SUELDOS
- . SISTEMA ESTATAL DE INFORMACION BASICA
- . INVENTARIO DE RECURSOS PARA LA SALUD
- . MANUAL DE PROGRAMACION, PRESUPUESTACION Y DE INTEGRACION PRESUPUESTAL
- . MANUAL DE CONTABILIDAD Y CUENTAS PRESUPUESTALES
- . PROGRAMA OPERATIVO DE TRABAJO PARA LA INSTRUMENTACION DE LA - INTEGRACION ORGANICA
- . MANUAL OPERATIVO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACION
- . MANUAL PARA EL REGISTRO Y CONTROL DE ASPECTOS PATRIMONIALES
- . MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS GENERALES

- . INVENTARIO DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES
- . MANUAL DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO
- . MANUAL PARA AUTOEVALUACION PARA UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCION
- . MANUAL DE AUTOEVALUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

OTROS MANUALES:

- . NORMA TECNICA PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION
- . NORMA TECNICA PARA LA SUPERVISION Y CONTROL DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA
- . NORMA TECNICA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA
- . NORMA TECNICA PARA LA INTEGRACION Y MANEJO DEL ARCHIVO CLINICO
- . MANUAL PARA EL DIAGNOSTICO DE SALUD EN LA COMUNIDAD
- . MANUAL DE INFORMACION BASICA EN SALUD
- . CATALOGO DE ACTIVIDADES DE EDUCACION COMUNITARIA
- . GUIA PARA LOS PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD
- . CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO EN EDUCACION COMUNITARIA EN SALUD
- . ESTRATEGIAS DE PARTICIPACION COMUNITARIA
- . MANUAL DE ORGANIZACION DE UNIDADES DE 1o. Y 2o. NIVEL DE ATENCION
- . MANUAL DE ADMISION DE PACIENTES
- . MANUAL DE ORGANIZACION DEL COMITE DE SALUD
- . PROYECTO DE PROGRAMA DE INVERSIONES
- . PROYECTOS DE ACUERDOS DE COORDINACION (LOS MENCIONADOS EN EL APARTADO DE INSTRUMENTACION JURIDICA).
- . PROYECTO DE REGLAMENTO INTERIOR DE LOS SERVICIOS ESTATALES
- . PROYECTO DE LEY ESTATAL DE SALUD
- . CLASIFICADOR POR OBJETO DEL GASTO

- . SISTEMA DE REPORTES DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD EN MATERIA DE FINANCIAMIENTO Y CONTABILIDAD
- . SISTEMA PARA LA CAPTACION DE INFORMACION FINANCIERA, PRESUPUESTAL Y CONTABLE.
- . NORMAS PARA EL CONTROL DE INGRESOS Y PARA EL MANEJO DE CUOTAS DE RECUPERACION.
- . LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO LABORAL DE LOS PASANTES, RESIDENTES E INTERNOS
- . NORMAS PARA LOS MOVIMIENTOS DE PERSONAL
- . PROCEDIMIENTO PARA LOS PAGADORES HABILITADOS
- . SISTEMA DE CONTROL, ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD
- . PROGRAMA DE CAPACITACION PARA LA ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS
- . CATALOGO DE PUESTOS ...

HASTA LLEGAR APROXIMADAMENTE A 140 DOCUMENTOS EMITIDOS POR SSA, EN ASPECTOS TALES COMO INVESTIGACION EN SALUD, COMUNICACION SOCIAL, EPIDEMIOLOGIA, CONTRALORIA, REGULACION SANITARIA, ASPECTOS JURIDICOS, MODELO DE ATENCION, ORGANIZACION, PROGRAMACION, FINANZAS, RECURSOS HUMANOS, ABASTECIMIENTO, CONSERVACION Y MANTENIMIENTO, BIENES PATRIMONIALES, ENSEANZA Y CAPACITACION E INFORMACION.

SI A ESTOS DOCUMENTOS SUMAMOS LOS MANUALES APORTADOS POR IMSS - COPLAMAR QUE ASCIENDEN A 33; 20 OPERATIVOS PARA AREAS TECNICAS Y 13 ADMINISTRATIVOS.

CONCLUIRIAMOS QUE EL ENTORNO NORMATIVO DE LA DESCENTRALIZACION SUMA APROXIMADAMENTE 170 DOCUMENTOS DE "APOYO" QUE EN REALIDAD CREAN LA TUTELA, A TRAVES DE LA SUBORDINACION TECNICA DE LOS NUEVOS ENTES Y SE DENOTA QUE LA QUE ACTUA REALMENTE, ES LA SSA DETRAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA. (CABE ACLARAR QUE DICHS DOCUMENTOS NO ERAN EN SU MAYORIA INNOVACIONES, SINO LOS MISMOS DOCUMENTOS QUE SE UTILIZABAN ANTES DEL ACTO DESCENTRALIZADOR,-

LO QUE HACE NOTAR QUE DE FONDO NO SE ESPERABA NI REQUERIA, UNA MODIFICACION OPERATIVA EN LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD).

3.5.2.3. MODELO DE ORGANIZACION

PARA OPERAR EL PROYECTO DESCENTRALIZADOR EL NIVEL CENTRAL DEFINIO LA SIGUIENTE DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS, COMO CRITERIO - RECTOR Y BASE PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LOS MODELOS DE ORGANIZACION ESTATAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD. (CUADRO 12 Y 13)

- LA SSA CONSERVA LA RECTORIA NORMATIVA, AUTORIZA, PROPORCIONA-RECURSOS
- SSA E IMSS, PRESTAN LOS APOYOS LOGISTICOS NECESARIOS PARA LA-OPERACION DE LOS SERVICIOS ESTATALES
- LOS GOBIERNOS DE LOS ESTADOS "OPERAN" LOS SERVICIOS Y FORMU -LAN SUS PROGRAMAS Y PRESUPUESTOS ANUALES

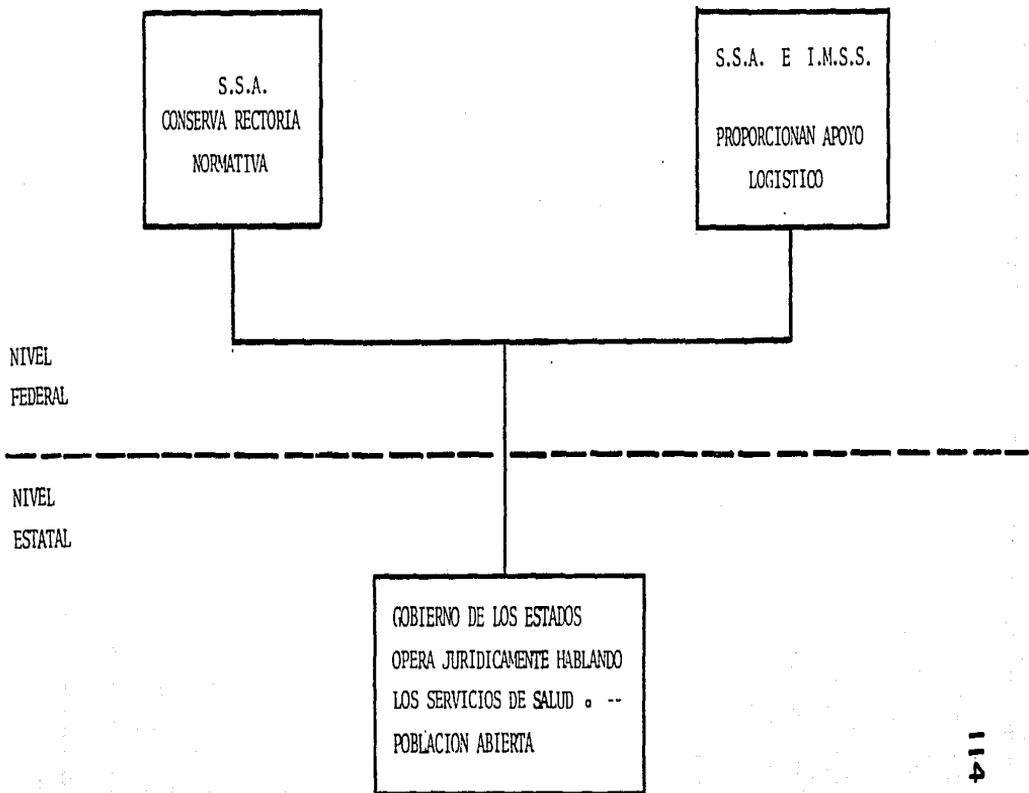
MODELOS DE ORGANIZACION DERIVADOS DE LA DISTRIBUCION DE COMPE -TENCIAS PARA LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD.

LA SSA DEFINE TRES MODALIDADES "ALTERNATIVAS" DE ESTRUCTURACION ORGANICO FUNCIONAL PARA "APOYAR Y FACILITAR" LA DESCENTRALIZA-CION Y PARA QUE LOS GOBIERNOS ESTATALES "SELECCIONEN" EL MODELO QUE MEJOR SE "ADAPTE A SUS NECESIDADES".

MODELOS ESTRUCTURALES ENCAMINADOS BASICAMENTE A DAR LEGITIMIDAD AL CONVENIO DE COORDINACION ESTABLECIDO, ES DECIR, A CONCRETI-

ESQUEMA FUNCIONAL DE LA INTEGRACION
ORGANICA DE LOS SERVICIOS A POBLACION ABIERTA

cuadro 12



ESQUEMA FUNCIONAL DE LA INTEGRACION
ORGANICA DE LOS SERVICIOS A POBLA--
CION ABIERTA.

cuadro 13

NIVEL NORMATIVO S.S.A.
1.- ESTABLECE LAS POLITICAS NACIONALES Y LOS PROCEDIMIENTOS DE PLANEACION
2.- EMITE NORMATIVA TECNICA
3.- APRUEBA PROGRAMAS Y PRESUPUESTO DE LOS SERVICIOS
4.- OTORGA SUBSIDIOS FEDERALES A LOS SERVICIOS
5.- TRANSFIERE EL PRESUPUESTO DE IMSS-COPLAMAR A LOS SERVICIOS
6.- AUTORIZAR TABULADORES Y CREACION DE PLAZAS
7.- ORDENA Y REALIZA INSPECCIONES Y AUDITORIAS
8.- EVALUA SERVICIOS
9.- PROPORCIONA APOYOS LOGISTICOS Y EXAMINA LOS PROGRAMAS DE APOYO LOGISTICO DEL IMSS-
10.- BRINDA APOYO TECNICO, ASESORIA Y CAPACITACION PERMANENTE A LOS SERVICIOS

APOYO LOGISTICO SSA-IMSS
CONFORME CONVENIOS:
<u>IMSS</u>
1.- CONSTRUYE HOSPITALES (30 NIVEL)
2.- REALIZA ADQUISICIONES MEDICAS
3.- ABASTECE MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS MEDICOS
4.- PRESTA OTROS SERVICIOS DE ACUERDO A CARACTERISTICAS DE ESTADO
<u>S S A</u>
1.- EN MATERIA DE ABASTECIMIENTO EFECTUA CONCORDOS
2.- EQUIPA ALMACENES
3.- APOYA EN LA ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS Y EFECTUA SU PAGO
4.- APOYA EN LA INTEGRACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION
5.- APORTA RECURSOS FINANCIEROS

NIVEL OPERATIVO: GOBIERNO DEL ESTADO
1.- DESIGNA BAJO NORMATIVA EL TITULAR DE LOS SERVICIOS
2.- PRESIDE EL CONSEJO INTERNO DE ADMINISTRACION
3.- ELABORA EL REGLAMENTO INTERNO DEL CONSEJO INTERNO DE ADMINISTRACION
4.- DICTAMINA Y SANCIONA EL PROYECTO DE PROGRAMA PRESUPUESTO ANUAL
5.- AUTORIZA RECURSOS DEL ESTADO A LOS SERVICIOS
6.- CONSTRUYE, MANTIENE Y REHABILITA EL 1er. NIVEL CON LA PARTICIPACION MUNICIPAL
7.- SOLICITA AUDITORIAS
8.- EVALUA LA EJECUCION DEL PROGRAMA ESTATAL DE SALUD.

ZAR EL ACTO JURIDICO POLITICO.

CABE REMARCAR QUE LO QUE SE LLAMA SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, SOLO IMPLICA LA FUSION DE DOS DEPENDENCIAS FEDERALES, SSA E IMSS COPLAMAR, EN NINGUN MOMENTO IMPLICA LA FUSION DE SERVICIOS MEDICOS A POBLACION ABIERTA, CON QUE EN SU CASO, CONTARA EL GOBIERNO ESTATAL.

MODELOS DE ORGANIZACION PROPUESTOS: (CUAD. 14)

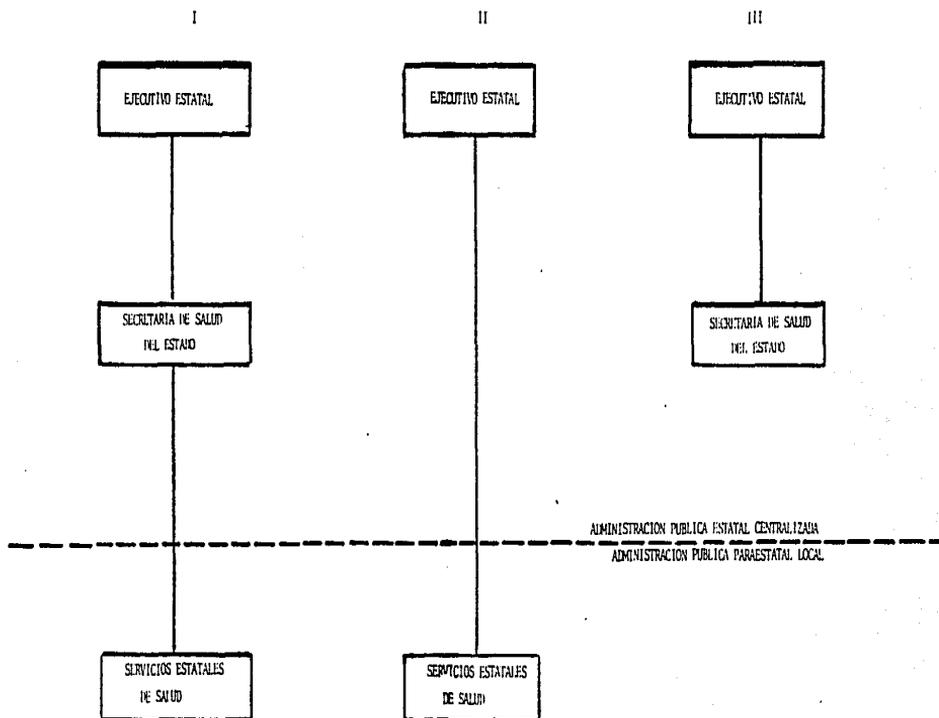
ALTERNATIVA 1

LA PRIMERA ALTERNATIVA ORGANICO FUNCIONAL PROPONE LA CREACION DE DOS ORGANOS; LA SECRETARIA DE SALUD ESTATAL (PROPIAMENTE DEFINIDA Y FINANCIADA POR EL GOBIERNO DE LA ENTIDAD, PARA LOS CASOS EN QUE EL ESTADO CUENTE CON SERVICIOS MEDICOS PROPIOS, LOS CUALES QUEDARAN DIRECTAMENTE A CARGO DE ESTE ORGANOS), Y LA CREACION DE UN ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE LA ADMINISTRACION PUBLICA (PERO DE LA ENTIDAD FEDERATIVA, NO DE LA ADMON FEDERAL), QUE SE ENCARGARA DE LA ADMINISTRACION DE LOS ORGANOS FUSIONADOS FEDERALES, SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA E IMSS COPLAMAR AL CUAL SE LE DOTA DE PERSONALIDAD JURIDICA Y AUTONOMIA DISTINTA A LA DEL ESTADO (PERO EL DE LA ENTIDAD) A LA VEZ QUE QUEDA BAJO LA TUTELA DEL ORGANOS CENTRAL SSA. (CUADRO 15), DICHO ORGANOS OPERA CON NORMAS FEDERALES, PRESUPUESTO FEDERAL, RECURSOS - (BIENES MUEBLES E INMUEBLES) FEDERALES, PROPORCIONADOS MAGNANIMAMENTE EN COMODATO Y PERSONAL FEDERAL.

LA NECESIDAD DEL PLANTEAMIENTO DE ESTE MODELO, ES DECIR DE LA EXISTENCIA DE DOS ENTES, ES LA DE MANTENER BASICAMENTE SEPARADOS LOS REGIMENES FEDERAL ESTATAL.

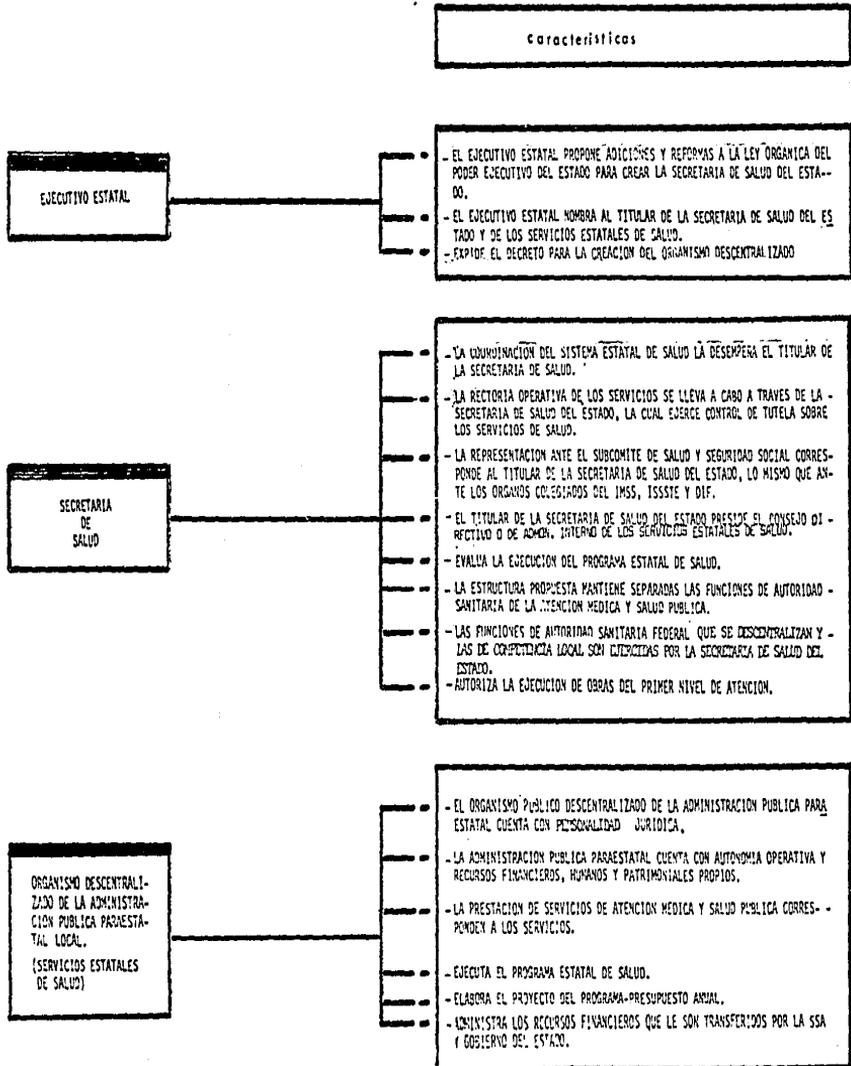
ALTERNATIVAS DE ORGANIZACION
DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

cuadro 14



I ALTERNATIVA DE ORGANIZACION DE LOS
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD.

cuadro 15



OTORGANDE AL GOBIERNO ESTATAL UNICAMENTE FACULTADES DE COORDINACION, NO PATRONALES, CON LO QUE REAFIRMAMOS QUE SE TRATA DE UNA DESCENTRALIZACION FUNCIONAL.

ESTE MODELO DISTRIBUYE LAS FACULTADES DE LA SIGUIENTE FORMA:

AL EJECUTIVO ESTATAL LE CORRESPONDE

- . PROPONER ADICIONES Y REFORMAS A LA LEY ORGANICA ESTATAL PARA-CREAR LA SECRETARIA DE SALUD. (EN ESTE CASO SU PROPIO ORGANO)
- . EXPEDIR EL DECRETO PARA LA CREACION DE UN ORGANISMO PUBLICO -DESCENTRALIZADO. (DE LA ADMINISTRACION PUBLICA ESTATAL)
- . NOMBRAR AL TITULAR DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO (SU -ORGANO) Y DEL ORGANISMO DESCENTRALIZADO (ESTE ULTIMO CONFORME A LOS ACUERDOS DE COORDINACION Y LOS PERFILES DE PUESTO DEFINIDOS POR LA SSA) CUYO TITULAR SERA PAGADO POR LA FEDERACION, Y COMO ESTE ADMINISTRA RECURSOS FEDERALES ACTUARA EN NOMBRE Y POR CUENTA DE LA SSA Y RESPONDERA POR SU GESTION, ANTE EL REGIMEN FEDERAL NO ANTE EL REGIMEN LOCAL.
- . CONVENIR Y VIGILAR LOS APOYOS LOGISTICOS A LOS SERVICIOS.

SON FACULTADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO

- . DESEMPEÑAR A TRAVES DE SU TITULAR LA COORDINACION DEL SISTEMA ESTATAL DE SALUD.
- . REPRESENTAR A LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD ANTE EL SUBCOMITE DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DEL COPLADE
- . EJERCER "RECTORIA" OPERATIVA SOBRE LOS SERVICIOS ESTATALES.

- . EVALUAR LA EJECUCION DEL PROGRAMA ESTATAL DE SALUD
- . ANALIZAR Y AUTORIZAR EL PROYECTO DE PROGRAMA PRESUPUESTO DE -
LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

SON FACULTADES DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

- . EJECUTAR EL PROGRAMA ESTATAL DE SALUD A POBLACION ABIERTA
- . ELABORAR EL PROYECTO DE PROGRAMA PRESUPUESTO ANUAL
- . PRESTAR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA A POBLACION ABIERTA
Y DE SALUD PUBLICA NO AUTORIDAD
- . ADMINISTRAR LOS RECURSOS FINANCIEROS QUE LE "TRANSFIERA" LA -
SSA Y EL GOBIERNO DEL ESTADO.

(ESTA ALTERNATIVA NO PRESENTA VARIANTES RESPECTO DE LAS FACULTADES QUE EJERCIAN LOS EXTINTOS SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA EN LOS ESTADOS COMO ORGANO DESCONCENTRADO).

ALTERNATIVA 2

*LA SEGUNDA ALTERNATIVA DE ESTRUCTURACION ORGANICO FUNCIONAL CON
TEMPLA:*

*LA CREACION DE UN ORGANO DESCENTRALIZADO DEL GOBIERNO ESTATAL -
ENCARGADO DE PROPORCIONAR LOS SERVICIOS DE SALUD, AL CUAL SE LE
DOTA DE PERSONALIDAD JURIDICA PROPIA, PATRIMONIO PROPIO Y AUTO-
NOMIA OPERATIVA PERO DEL GOBIERNO DE LA ENTIDAD, NO DEL FEDERAL*

(COMPARTE TOTALMENTE EL COMENTARIO ANTECEDENTE DEL ORGANISMO DESCENTRALIZADO).

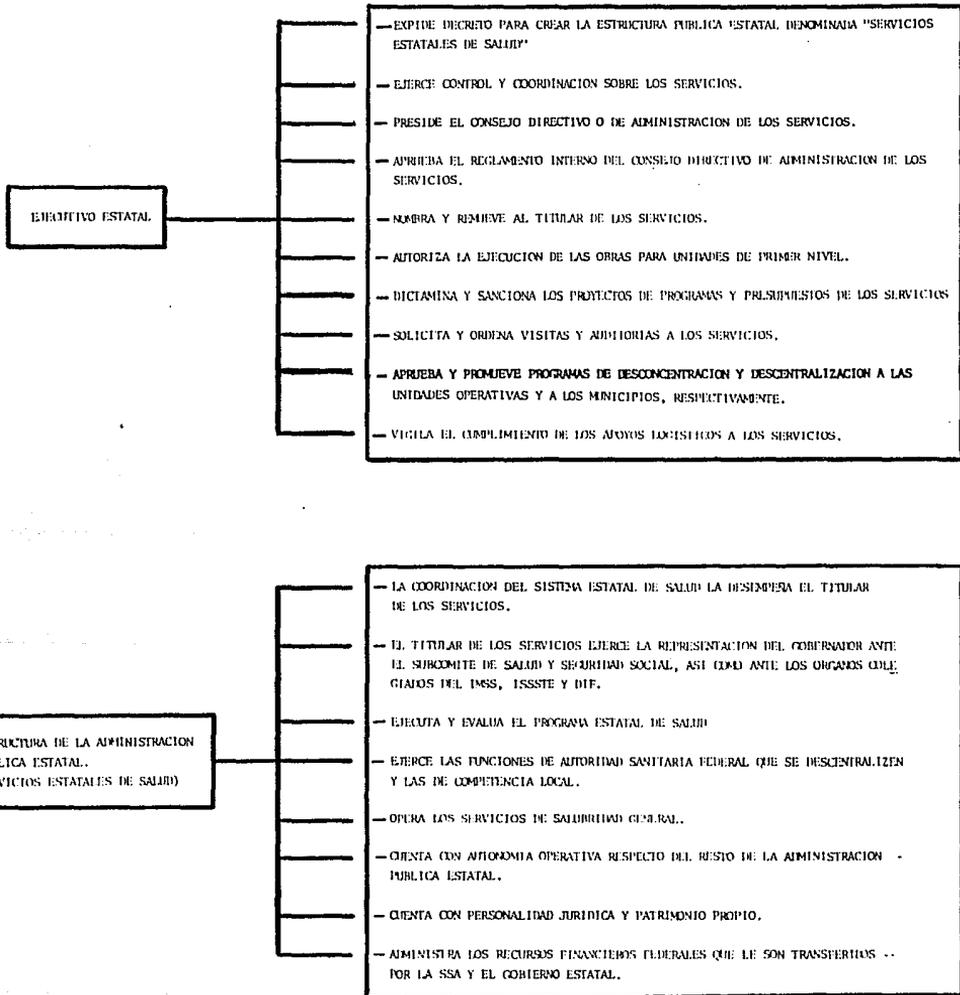
EN ESTE MODELO LAS FACULTADES QUE SE OTORGAN AL EJECUTIVO ESTATAL SON: (CUADRO 16)

- . EXPEDIR EL DECRETO PARA CREAR LA ESTRUCTURA PUBLICA DESCENTRALIZADA DEL GOBIERNO ESTATAL DENOMINADA "SERVICIOS ESTATALES DE SALUD".
- . EJERCER "CONTROL" Y COORDINACION SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD
- . PRESIDIR EL CONSEJO DE ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS
- . APROBAR EL REGLAMENTO DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION
- . NOMBRAR Y REMOVER AL TITULAR DE LOS SERVICIOS. (EN LOS MISMOS TERMINOS QUE EL COMENTARIO DE LA ALTERNATIVA 1)
- . DICTAMINAR Y SANCIONAR LOS PROYECTOS DE PROGRAMAS Y PRESUPUESTOS DE LOS SERVICIOS
- . VIGILAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS APOYOS LOGISTICOS A LOS SERVICIOS.

SON FACULTADES DEL ORGANISMO DESCENTRALIZADO DEL GOBIERNO DEL ESTADO:

- . COORDINAR A TRAVES DE SU TITULAR EL SISTEMA ESTATAL DE SALUD
- . REPRESENTAR A LA INSTITUCION ANTE EL SUBCOMITE DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.
- . EJECUTAR Y EVALUAR EL PROGRAMA ESTATAL DE SALUD

cuadro 16



- . EJERCER LAS FUNCIONES DE AUTORIDAD SANITARIA FEDERAL QUE SE - DESCENTRALICEN (GESTORIA) Y LAS DE COMPETENCIA LOCAL
- . OPERAR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA A POBLACION ABIERTA (ESTA ALTERNATIVA TAMPOCO PRESENTA VARIANTES SUSTANTIVAS RESPECTO A LOS EXISTENTES SERVICIOS COORDINADOS ORGANOS DESCENTRALIZADOS).

ALTERNATIVA 3

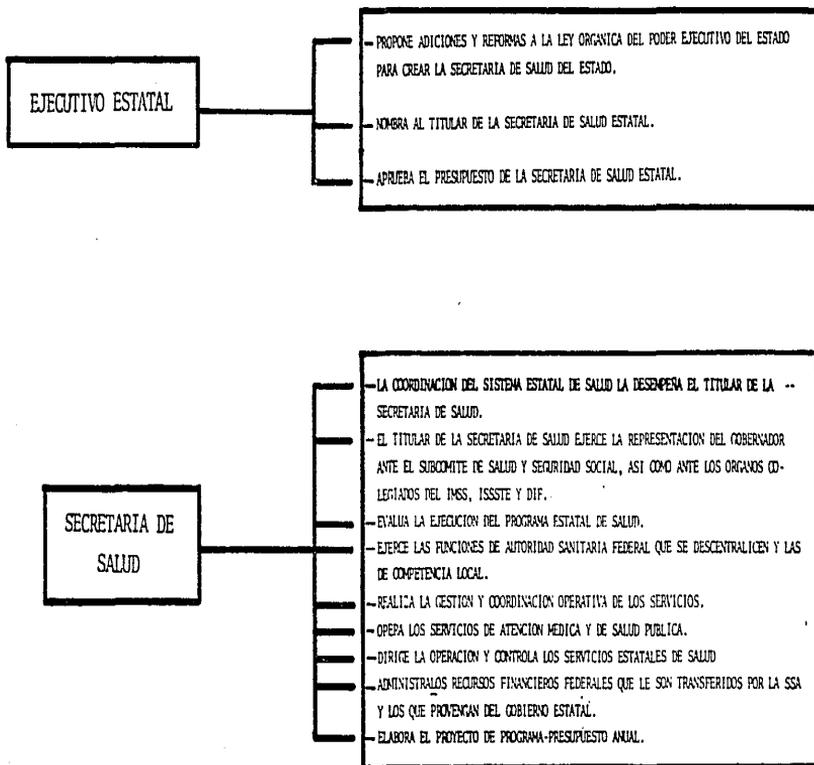
LA TERCERA ALTERNATIVA DE ESTRUCTURACION ORGANICO FUNCIONAL QUE PROPONE LA SSA PARA LA DESCENTRALIZACION ES, LA CREACION DE UNA SECRETARIA DE SALUD COMO "PARTE" DE LA ADMINISTRACION PUBLICA DEL GOBIERNO ESTATAL.

ESTE MODELO POR LA FIGURA JURIDICA SELECCIONADA "SECRETARIA" ES MAS AMBIGUO, SE PRESTA A CONFUSION, SIN EMBARGO NO EXISTE UNA VARIANTE DE FONDO EN SU MANEJO Y OPERACION RESPECTO A LAS DOS ALTERNATIVAS YA MENCIONADAS, EL CAMBIO ES SOLO DE FORMA, PUES DICHO ORGANISMO (SECRETARIA ESTATAL) FUNCIONA CON RECURSOS FEDERALES, FINANCIAMIENTO FEDERAL Y PERSONAL FEDERAL; Y SU GESTION DEBE RESPONDER AL REGIMEN LEGAL FEDERAL DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL CONVENIO DE COORDINACION SUSCRITO.

LAS FACULTADES ASIGNADAS AL EJECUTIVO ESTATAL SON: (CUADRO 17)

- . PROPONER ADICIONES Y REFORMAS A LA LEY ORGANICA DEL ESTADO PARA CREAR LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO.
- . NOMBRAR AL TITULAR DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO, CONFORME AL ACUERDO DE COORDINACION Y AL PERFIL DE PUESTO DEFINIDO.

cuadro 17



NIDO POR SSA.

- . APROBAR EL PRESUPUESTO ESTATAL PARA LA SECRETARIA. (SE REFIERE A LA APORTACION DEL GOBIERNO DEL ESTADO)

SON FACULTADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO

- . COORDINAR A TRAVES DE SU TITULAR EL SISTEMA ESTATAL DE SALUD.
- . REPRESENTAR A LA SECRETARIA (SESA) ANTE EL SUBCOMITE DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.
- . EJERCER LAS FUNCIONES DE AUTORIDAD FEDERAL QUE SE DESCENTRALIZAN Y LAS DE COMPETENCIA LOCAL.
- . EVALUAR LA EJECUCION DEL PROGRAMA ESTATAL DE SALUD.
- . REALIZAR LA GESTION Y COORDINACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE SALUD PUBLICA.
- . ADMINISTRAR LOS RECURSOS FINANCIEROS FEDERALES QUE LE SEAN - TRANSFERIDOS .
- . ELABORAR EL PROYECTO DE PROGRAMA PRESUPUESTO ANUAL.

(COMPARTE COMENTARIOS YA MENCIONADOS, EN ESTA ALTERNATIVA TAMPOCO HAY MODIFICACION RESPECTO AL ORGANO DESCONCENTRADO ANTERESOR)

COMO SE PUEDE VALORAR UNA VEZ REVISADOS LOS MODELOS DE ORGANIZACION PARA LA INTEGRACION Y OPERACION DE UN SISTEMA ESTATAL DESCENTRALIZADO, NO PRESENTAN DIFERENCIAS DE FONDO, REALMENTE CUALQUIERA DE ELLOS CUMPLE CON LA MISMA FUNCION, QUE ES LA DE SUSTENTAR LA ESTRUCTURA JURIDICO ADMINISTRATIVA Y ANTE TODO POLITI

CA DE LOS "SISTEMAS ESTATALES" DE SALUD, MODELOS QUE NO EVITAN, SINO QUE MAS BIEN POSIBILITAN LA TUTELA DE LA SSA CON RESPECTO AL ORGANO DESCENTRALIZADO O MEJOR DICHO DEL ENTE FUNCIONALMENTE DESCENTRALIZADO.

COMO RESULTADO DE LA APLICACION DE ESTOS MODELOS DE ORGANIZACION (ALTERNATIVAS) A LA DESCENTRALIZACION, LAS FIGURAS JURIDICAS QUE ADOPTARON LAS ENTIDADES PARTICIPANTES FUERON:

SONORA Y BAJA CALIFORNIA OPTARON POR EL PRIMER MODELO, ESTO ES, ESTABLECEN UNA SECRETARIA Y UN ORGANISMO DESCENTRALIZADO.

AGUASCALIENTES, COLIMA, GUANAJUATO, GUERRERO, NUEVO LEON, QUINTANA ROO, TLAXCALA Y TABASCO, SE INTEGRARON AL TERCER MODELO, - ESTO ES, SE CONSTITUYERON EN UN ORGANO "CENTRAL" DE LA ADMINISTRACION PUBLICA ESTATAL, SE CONFORMARON EN SECRETARIA DE SALUD CON UN NIVEL EQUIVALENTE DE DIRECCION GENERAL.

DENTRO DE ESTA MISMA OPCION PERO CON ALGUNA VARIANTE O MODIFICACION DE FORMA (CAMBIO NOMINAL PARA ADECUARSE A LOS TERMINOS EN QUE ESTA DEFINIDA Y ESTABLECIDA LA ADMINISTRACION PUBLICA ESTATAL) JALISCO, QUERETARO Y MORELOS SE SUMAN, AUNQUE LAS DOS PRIMERAS ENTIDADES COMO DEPARTAMENTOS Y LA ULTIMA COMO SUBSECRETARIA.

EL ESTADO DE MEXICO ES EL UNICO QUE SE ADHIERE A LA SEGUNDA ALTERNATIVA, ESTABLECIENDOSE COMO ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE LA ADMINISTRACION PUBLICA ESTATAL.

ESTRUCTURA ORGANICA DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

COMO COMPLEMENTO A ESTOS MODELOS JURIDICO ADMINISTRATIVOS, SE

DISEÑO EL ORGANOGRAMA OPERATIVO UNICO, DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, QUE SE CORRESPONDE CON CUALQUIERA DE LAS TRES ALTERNATIVAS DE ORGANIZACION Y EL CUAL REPRODUCE JUSTAMENTE EN EL NIVEL ESTATAL, LA ESTRUCTURA DE ORGANIZACION DE LA SSA (AUNQUE POR SUPUESTO EN UNA ESCALA DE MENORES NIVELES JERARQUICOS), PARA "LOGRAR LA COORDINACION" FEDERAL-ESTATAL. SE CORROBORA UNA VEZ MAS CON ESTE ELEMENTO LA LIGA JERARQUICA Y DE CONTROL POR PARTE DE LA SSA. (CUADRO 18)

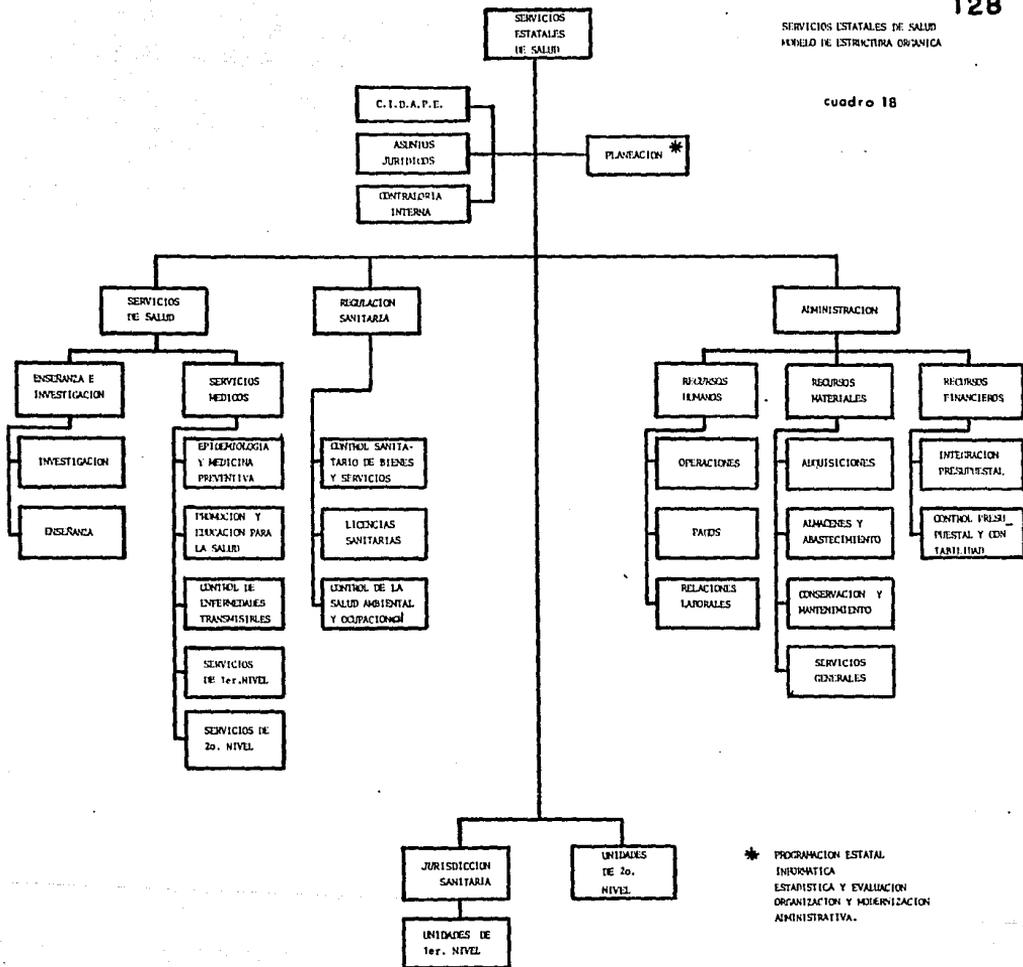
CON LA INTEGRACION DE LA ESTRUCTURA JURIDICO, ADMINISTRATIVA Y LA EMISION DE NORMATIVIDAD TECNICA, SE CONCLUYE LA ETAPA DE INSTRUMENTACION DE LA DESCENTRALIZACION OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, CONFORME A LOS DECRETOS, PROGRAMAS Y ACUERDOS DE COORDINACION.

CULMINANDO CON LA "ENTREGA" OFICIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS GOBIERNOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, "QUEDANDO" ASI BAJO SU "RESPONSABILIDAD" LA ADMINISTRACION Y OPERACION DE LOS MISMOS, AUNQUE CON LA TUTELA DE LA FEDERACION.

APOYADOS EN LA EXPOSICION ANTECEDENTE, PODEMOS CONCLUIR QUE LA DESCENTRALIZACION COMO VEHICULO ORGANIZACIONAL POR LOS TERMINOS EN QUE SE REALIZO NO CONLLEVO A LA MODIFICACION DE TENDENCIAS (CENTRO PERIFERIA), NI DEL FLUJO Y REGULACION DE RECURSOS, TAMPOCO CONTRIBUYO A LA ALTERACION DE LAS VIAS DE COMUNICACION EXISTENTES, NI ADQUIRIERON A TRAVES DE ELLA UN NUEVO SIGNIFICADO LOS MECANISMOS DE CONTROL (QUE COMO YA LO MENCIONAMOS SE REFORZARON) EVIDENCIANDOSE CON ELLO LA NULA TRANSFERENCIA DE CAPACIDAD REAL DE DECISION A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.

AL NO PROPICIAR ESTE PROCESO EL CAMBIO DE RELACIONES SSA ESTADOS EN MATERIA DE SALUD, REDUCE A UNA VARIACION MERAMENTE FORMAL E INSUSTANCIAL LA NUEVA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, LO CUAL SE REFLEJA INEVITABLEMENTE EN LA ESCASA O NULA RESPUESTA DE ESTOS, RESPECTO DE LAS NECESIDADES SOCIALES DE SALUD

cuadro 18



DE LA POBLACION ABIERTA, (COMO CORROBORAREMOS EN EL SIGUIENTE CAP.), Y QUE TEORICAMENTE SE CONSTITUYE EN EL FIN ULTIMO DE LAS ACCIONES DE DESCENTRALIZACION.

POR ULTIMO REAFIRMAMOS NUESTRO ARGUMENTO, DE QUE SE REALIZO UNA DESCENTRALIZACION FUNCIONAL DEL ENTE, CONFORME A LAS CARACTERISTICAS DEFINIDAS EN EL CAPITULO ANTERIOR, Y QUE POR LO TANTO LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD FUE ANTE TODO UN ACTO DE TECNICA JURIDICO- ADMINISTRATIVA PURA, EN DONDE EL ENTE - CREADO (SERVICIOS ESTATALES DE SALUD) A PESAR DE TENER PERSONALIDAD JURIDICA PROPIA, SIGUE SIENDO RIGUROSAMENTE HABLANDO PARTE DE LA ADMINISTRACION CENTRAL (SSA), POR LO CUAL ESTA ADMINIS- TRA LOS RECURSOS FINANCIEROS, TIENE LA AUTORIDAD DE VARIAR LOS FINES DEL ENTE E INCLUSO SUPRIMIRLO, PORQUE AL NUEVO ENTE NO SE LE DOTO DE AUTONOMIA TECNICA Y FUNDAMENTALMENTE DE AUTONOMIA ORGANICA, ESTA ULTIMA CARACTERISTICA FUNDAMENTAL DE UN ORGANO DES- CENTRALIZADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TEORIA CLASICA DEL DERECHO ADMINISTRATIVO.

SIN EMBARGO NO PODEMOS NEGAR QUE ESTE MANEJO JURIDICO TECNICO, LOGRA ANTE LA OPINION PUBLICA ROMPER CON LA IMAGEN DEL TIPICO UNIFORMISMO CENTRALIZADOR, MOSTRADO DESDE SIEMPRE POR LA ADMIN- ISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD E INCLUSO LE DA UN TINTE MODERNIZADOR Y DEMOCRATICO.

***4. LA RESPUESTA SOCIAL DE LA
DESCENTRALIZACION DE LOS
SERVICIOS DE SALUD***

EN ESTE CAPITULO ABORDAREMOS A LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN RELACION A SUS RESULTADOS SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION ABIERTA; ES DECIR SE ANALIZARA SI ESTA SE CONSTITUYO EN EL VEHICULO ORGANIZACIONAL PROPICIO PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS SOCIALES PLANTEADOS DE:

- EXTENSION DE COBERTURA
- MEJORIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
- EFECTIVIDAD EN EL CUMPLIMIENTO DEL DERECHO SOCIAL A LA PROTECCION DE LA SALUD

OBJETIVOS INTIMAMENTE LIGADOS CON LAS MODIFICACIONES ADMINISTRATIVAS, QUE DEBIO CONLLEVAR LA DESCENTRALIZACION, QUE DEBIERON TRADUCIRSE EN LA RESOLUCION DE LAS NECESIDADES SOCIALES DE SALUD Y DONDE LA DESCENTRALIZACION DEBIO HABER ADQUIRIDO SU CABAL SENTIDO.

4.1 EL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD

COMO MARCO DE REFERENCIA DE LAS ACCIONES QUE SE EMPRENDEN EN MATERIA DE DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD SE HACE NECESARIO, ABORDAR AUNQUE SEA EN TERMINOS GENERICOS EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN NUESTRA SOCIEDAD. YA QUE CADA PAIS CADA SOCIEDAD DE ACUERDO A SU ESTRUCTURA ECONOMICA, CULTURAL, SOCIAL INFLUYE Y DA SINGULARIDADES BIEN IDENTIFICABLES EN LA FORMA DE ENFERMAR DE SU POBLACION POR CLASE SOCIAL.

EN ESTE CASO SE HABLARA DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN EL CONTEXTO DE UNA SOCIEDAD CAPITALISTA DEPENDIENTE COMO LA NUESTRA, DESTACANDO FUNDAMENTALMENTE LAS PARTICULARIDADES PROPIAS DEL GRUPO LLAMADO POBLACION ABIERTA (MARGINADOS) HACIA LOS QUE SE ENCAMINO EL LOGRO DE OBJETIVOS SOCIALES PLANTEADOS POR LA DES-

ESQUEMA TEORICO DE DESCENTRALIZACION.**DESCENTRALIZACION**

*

CAMBIO O MODIFICACIONES CENTRO - PERIFERIA

- FLUJO Y REGULACION DE RECURSOS
- COORDINACION
- COMUNICACION
- CONTROL

*

MODIFICACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS.

- ACCESIBILIDAD
- PRODUCTIVIDAD
- APROVECHAMIENTO TECNOLOGICO
- MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DEL SERVICIO.
- EDUCACION Y PARTICIPACION COMUNITARIA.

*

MODIFICACION EN LA CONDICION DE SALUD DE LA POBLACION ABIERTA

CENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

LA BUSQUEDA DE UNA DEFINICION DE SALUD QUE SE APEGUE A LA REALIDAD HISTORICA DE CADA SOCIEDAD Y CLASE SOCIAL, HA CONDUCIDO A COMPRENDERLA COMO PARTE DE UN PROCESO DINAMICO, Y QUE PARA FINES DE ANALISIS SE CONSIDERA QUE LOS EXTREMOS ESTAN REPRESENTADOS, POR UNA PARTE POR LA SALUD Y POR LA OTRA LA ENFERMEDAD PASANDO POR DIFERENTES GRADOS UNA DE OTRA.

HERNAN DE SAN MARTIN, EXPLICA ESTA CONCEPCION Y DICE:

"LA NOCION DE SALUD IMPLICA LA IDEA DE VARIACION Y DESADAPTACION...ENTRE LOS ESTADOS DE SALUD Y ENFERMEDAD EXISTE UNA ESCALA DE VARIACION CON ESTADOS INTERMEDIOS QUE VAN DESDE LA ADAPTACION COMPLETA HASTA LA DESADAPTACION QUE LLAMAMOS ENFERMEDAD.

DIVERSOS FACTORES INFLUYEN EN LA DINAMICA DE ESTE PROCESO, ENTRE ELLOS PODEMOS MENCIONAR:

- LOS DE ORIGEN NATURAL YA SEA EN SU FORMA NATIVA O --- MODIFICADA POR EL HOMBRE, (MEDIO AMBIENTE).
- LOS QUE SE DERIVAN DEL MODO DE PRODUCCION ESPECIFICO. (SEMI-FEUDAL AGRARIO, CAPITALISTA-INDUSTRIAL).
- LOS DERIVADOS DE LA CLASE SOCIAL. (BURGUES, PROLETA--- RIO).
- LOS DETERMINADOS POR LAS CONDICIONES MATERIALES DE VIDA (VIVIENDA, ALIMENTACION, INGRESOS, EDUCACION...).
- LOS DETERMINADOS POR LAS CARACTERISTICAS SOCIO CULTU-

RALES. (LEGISLACION, REGIMENES DE SEGURIDAD O ASISTENCIA SOCIAL...)

- LOS DETERMINADOS POR LAS CONDICIONES PSICOLOGICAS DE LOS GRUPOS SOCIALES. (CONCIENCIA DE SALUD ENFERMEDAD)
- LOS DETERMINADOS POR LA FILOGENIA Y ONTOGENIA BIOLOGICA DE INDIVIDUOS Y GRUPOS. (HERENCIA, RAZA...). (73)

LA INTERVENCION DE ESTOS FACTORES COMO CONDICIONANTES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN LAS DISTINTAS SOCIEDADES PUEDE VARIAR DE ACUERDO A LA EPOCA, CONDICIONES DE VIDA, IDEOLOGIA PREDOMINANTE ES DECIR SE ADAPTAN A LA ESTRUCTURA Y ORGANIZACION DE LA SOCIEDAD, LO QUE SIGNIFICA QUE LA SITUACION DE SALUD DE UN PAIS ES EL RESULTADO DE LA FORMA EN QUE SE ESTRUCTURA LA SOCIEDAD PARA PRODUCIR Y REPRODUCIRSE, Y EN LA QUE LA ESTRUCTURA ECONOMICA ES LA BASE MATERIAL QUE EJERCE UNA DETERMINACION PRIMARIA SOBRE LA SALUD-ENFERMEDAD (CAUSAS FUNDAMENTALES DE MORBILIDAD, MUERTE, NIVEL DE ESPERANZA DE VIDA Y ACCESO REAL DE LOS INDIVIDUOS A LOS SERVICIOS MEDICOS), YA QUE A PARTIR DE ESTA, SE ESTABLECEN LAS CONDICIONES MATERIALES DE VIDA Y DE TRABAJO, QUE SON LAS PRINCIPALES DETERMINANTES DE LA PATOLOGIA QUE PRESENTAN LAS SOCIEDADES A TRAVES DE SU DESARROLLO HISTORICO.

EN EL CONTEXTO DEL MODO DE PRODUCCION CAPITALISTA, EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD ES EL RESULTADO DE ESTE TIPO DE ESTRUCTURA ECONOMICA, DE LOS INTERESES DE CLASE QUE FUNDAMENTAN ESTA Y DE LA IDEOLOGIA QUE ESTABLECE (VALORES Y CREENCIAS PARA JUSTIFICAR SUS CAUSAS Y COMPORTAMIENTOS), ESTE MODO DE PRODUCCION PER SE ESTABLECE UNA DIVISION DE CLASES (POSEEDORES DE MEDIOS DE PRODUCCION, Y POSEEDORES DE FUERZA DE TRABAJO), ESTA DIVISION HA-

(73) HERNAN DE SAN MARTIN, CITADO EN ENFOQUE SOCIOLOGICO DE LOS PLANES DE SALUD PARA POBLACION MARGINADA, TESIS PROFESIONAL, F.C.P.Y S. 1986, P.103

CE QUE LAS CONDICIONES MATERIALES DE EXISTENCIA SEAN DISTINTAS PARA CADA CLASE Y COMO CONSECUENCIA QUE SUS PROBLEMAS DE SALUD Y LA FORMA DE RESOLVERLOS, TAMBIEN LO SEA.

ESTA DIVISION DE CLASES PRODUCE ASI MISMO, UNA DIFERENCIA EN - LOS NIVELES DE MORBILIDAD, MORTALIDAD Y ESPERANZA DE VIDA, DIFE- RENCIA DADA POR LA CAPACIDAD ECONOMICA DE LA CLASE SOCIAL QUE - SE TRATE, YA QUE EL INGRESO "DETERMINA LA DISPONIBILIDAD DE LOS INSUMOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO BIOLOGICO DEL INDIVIDUO, FIJA SU HABITAT, CONDICIONA SU CULTURA Y SU POSICION, LAS QUE EN CONJUNTO DETERMINAN LAS CONDICIONES BAJO LAS CUALES SE RELACIONA EL HOMBRE CON EL MEDIO EXTERNO." (74)

LA CLASE CON ALTOS INGRESOS, TIENE UN RIESGO MENOR DE ENFERMAR, DEBIDO A QUE SUS CONDICIONES MATERIALES DE VIDA LE PROPORCIONAN LOS SATISFACTORES NECESARIOS PARA EVITAR EL DAÑO Y EN CASO DE OCURRIR TIENEN ACCESO A LOS SERVICIOS MEDICOS PARTICULARES Y ES ESPECIALIZADOS.

LA CLASE CON BAJOS INGRESOS, PRESENTA UNA SITUACION DIFERENTE, SU SALARIO POR LO REGULAR NO CUBRE LA TOTALIDAD DE SUS NECESIDADES Y ESTO IMPLICA LA PRESENCIA DE UNA MALA NUTRICION, UN VESTIDO Y UNA HABITACION INADECUADA (SIN DRENAJE, LUZ, AGUA, DISPOSICION DE EXCRETAS Y BASURA), QUE LO EXPONEN A LOS FACTORES AMBIENTALES EXISTENTES DANDO PAUTA A UN ELEVADO RIESGO DE ENFERMAR Y MORIR. SU INGRESO TAMBIEN LO LIMITA EN SU ACCESO A LA EDUCACION A LA CULTURA Y EN GENERAL A LOS SERVICIOS ENTRE ELLOS - LOS DE SALUD.

EN MEXICO LAS DIFERENCIAS EN LOS DAÑOS A LA SALUD POR CLASE SOCIAL SON MUY EVIDENTES "ES UN HECHO AMPLIAMENTE DOCUMENTADO LA EXISTENCIA DE DIFERENCIAS POR CLASE, EN LA MORTALIDAD, LA MORBILIDAD Y LA ESPERANZA DE VIDA. EXISTE UNA RELACION INVERSA EN-

TRE LA CLASE SOCIAL Y LA MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL, PERINATAL Y GENERAL, AL IGUAL QUE ENTRE LA CLASE SOCIAL Y LA ESPERANZA DE VIDA."(75).

A CONTINUACION EXPONEMOS ALGUNAS ESTADISTICAS QUE EXPRESAN LAS CONDICIONES SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA PATOLOGIA EN MEXICO.

CUADRO 20

MEXICO:ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR CLASE SOCIAL, 1977.

TOTAL NACIONAL	62.4 AÑOS
NO AGRICOLAS.	
NUEVA PEQUEÑA BURGUESIA.	68.8 AÑOS
BURGUESIA.	67.9 AÑOS
PEQUEÑA BURGUESIA TRADICIONAL.	65.7 AÑOS
PROLETARIADO.	62.3 AÑOS
PROLETARIADO NO TIPICO.	61.6 AÑOS
PROLETARIADO TIPICO.	61.6 AÑOS
FZA DE TRABAJO LIBRE NO ASALARIADA.	58.3 AÑOS
AGRICOLAS	
CAMPESINOS ACOMODADOS Y MEDIOS	60.0 AÑOS
CAMPESINOS POBRES Y SEMIPROLETARIOS	56.9 AÑOS
ASALARIADOS AGRICOLAS	54.2 AÑOS

FUENTE: M. BRONFMAN Y R. TUIRAN, CITADO EN LA REVISTA DE COMERCIO EXTERIOR, MEXICO, JULIO DE 1984. VOL.34 No.7 P.138

(75) DANIEL LOPEZ ACUNA, LA SALUD DESIGUAL EN MEXICO, SIGLO XXI, MEXICO 1982, P.23

EL CUADRO 20, MUESTRA QUE MIENTRAS EN LA PEQUEÑA BURGUESIA LA -
 ESPERANZA DE VIDA ES DE 68.8 AÑOS, EN LA CATEGORÍA DE TRABAJO
 LIBRE SOLO ALCANZA 58.3 AÑOS Y EN EL ASALARIADO AGRICOLA SOLO
 LOGRA UN PROMEDIO DE 54.2 AÑOS, ESTO ES, HAY DIFERENCIAS ENTRE
 10 Y 14 AÑOS POR CLASE SOCIAL.

CUADRO 21

MEXICO: PROBABILIDADES DE MUERTE, ENTRE EL NACIMIENTO Y EL
 PRIMER AÑO DE EDAD, POR CLASE SOCIAL 1977. (TASA POR MIL).

TOTAL NACIONAL	61.4
NO AGRICOLAS	
NUEVA PEQUEÑA BURGUESIA	33.0
BURGUESIA	36.3
PEQUEÑA BURGUESIA TRADICIONAL	46.3
PROLETARIADO	61.9
PROLETARIADO NO TIPICO	58.6
PROLETARIADO TIPICO	64.5
FZA DE TRABAJO LIBRE NO ASALARIADO	78.0
AGRICOLAS	
CAMPESINOS ACOMODADOS Y MEDIOS	71.3
CAMPESINOS POBRES Y SEMIPROLETARIADO	85.0
ASALARIADOS AGRICOLAS	98.4

M. BRONFMAN Y R. TUIRAN, CITADO EN LA REVISTA DE COMERCIO EXTE-
 RIOR, MEXICO, JULIO DE 1984. VOL.34 MUN. 7, P.643

LA MORTALIDAD DE MENORES DE UN AÑO ES UNO DE LOS INDICADORES -
MAS RELEVANTES PARA DIFERENCIAR LOS NIVELES DE SALUD, YA QUE ES
UNA EXPRESION DIRECTA DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLA--
CION, HECHO QUE SE TORNA REVELADOR CUANDO NOS REFERIMOS A CLASE
SOCIAL.

LA MORTALIDAD EN MEXICO, SE CARACTERIZA EN GENERAL POR ENFERME-
DADES TIPIFICADAS COMO PADECIMIENTOS DEL "DESARROLLO" QUE REVE-
LAN ENTRE OTRAS COSAS LAS CONDICIONES ECONOMICAS Y SOCIALES -
EXISTENTES, DERIVADAS DEL CRECIMIENTO DEL CAPITAL INDUSTRIAL.

CABE SEÑALAR QUE EN GENERAL EN PAISES CON MEJOR SITUACION ECONO
MICA Y MEJOR DISTRIBUCION DE LA RIQUEZA Y CON MAYORES AVANCES
EN SALUD, LAS MUERTES SUCEDEN EN ETAPAS AVANZADAS DE LA VIDA Y
POR ENFERMEDADES CRONICAS DE TIPO DEGENERATIVO.

LA MORBILIDAD ES OTRO DE LOS INDICADORES QUE DIFERENCIAN LOS NI
VELES DE SALUD POR CLASE SOCIAL, LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES -
QUE PADECE LA CLASE DE BAJOS INGRESOS, AL IGUAL QUE LA MORTALI-
DAD SE ENCUENTRA BIEN TIPIFICADA DENTRO DE LAS ENFERMEDADES IN-
FECTO-CONTAGIOSAS, CARACTERISTICAS DE LA LLAMADA PATOLOGIA DE
LA POBREZA, ENTRE LAS QUE SE ENCUENTRAN LAS ENFERMEDADES RESPI-
RATORIAS AGUDAS, DIARREAS, NEUMONIA, TOSFERINA, DIFTERIA, SARAM-
PION, INFLUENZA, TUBERCULOSIS, MICROPLASMOSIS, CIRROSIS HEPATI-
CA, COMPLICACIONES DEL PARTO, ABORTO PROVOCADO, TAMBIEN SE EX-
PRESA POR UNA GRAVE DESNUTRICION, UNA ESPERANZA DE VIDA CORTA Y
POR LA ACUMULACION EN UN MISMO INDIVIDUO DE VARIOS PADECIMIEN-
TOS. (VER CUADRO No.22).

COMO NUESTRO TRABAJO ESTA ENFOCADO A POBLACION ABIERTA (MARGINA
DOS) PARA AHONDAR UN POCO MAS EN EL SIGNIFICADO DE LA PATOLOGIA
DE LA POBREZA ABORDAREMOS AUNQUE SEA SOMERAMENTE EL CONCEPTO Y
CARACTERISTICAS DE LA MARGINALIDAD.

EL MARGINADO CONFORMA UNA POBLACION QUE SE IDENTIFICA POR UNA

CUADRO 22

MEXICO: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES, 1980.

CAUSA	TASA
INFECCIONES RESPI- RATORIAS AGUDAS	8023.5
ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS	4133.4
AMIBIACIS	1174.5
INFLUENZA	677.8
ASCARIACIS	405.0

FUENTE: MARCO SECTORIAL DE SALUD ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL
1983 - 1985 SPP.

HASTA AQUI LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS DE PATOLOGIA POR CLASE -
SOCIAL.

ESCALA PARTICIPACION EN LOS PROCESOS ECONOMICOS, POLITICOS, SOCIALES Y CULTURALES; CONDICIONADOS ESTOS POR EL PROCESO DE INDUSTRIALIZACION QUE SE MANIFIESTA FUNDAMENTALMENTE POR EL DESEMPLEO Y SUBEMPLEO, ELEMENTOS QUE ENCIERRAN LA IDEA DE EXCEPCION O EXCLUSION DEL SISTEMA DE DESARROLLO Y DE LAS DIFERENTES AREAS DE LA VIDA SOCIAL Y CONSEQUENTEMENTE FORMAN UNA POBLACION CON RAZGOS ESPECIFICOS EN CUANTO A SU MANERA DE VIVIR, EMPLEARSE, EDUCARSE, ENFERMARSE... DENTRO DEL MUNDO MARGINAL LA SALUD ES UNO DE LOS ELEMENTOS MAS VULNERABLES.

LA PATOLOGIA DE LA POBLACION ABIERTA (MARGINADOS) ES POCO MODIFICABLE, "DEBIDO A LA CIRCULARIDAD QUE ADOPTA EL PROBLEMA Y QUE REVELA LA GRAVEDAD DE LA SITUACION.

EL ESCASO NIVEL DE EDUCACION DEL MARGINADO, LE IMPIDE TENER UN SALARIO SUFICIENTE PARA CUBRIR SUS NECESIDADES, LO QUE PROVOCA UN AMBIENTE DE CARENCIAS QUE SE REPRODUCEN UNA A OTRA CONSTANTEMENTE SI EL MARGINADO CARECE DE DINERO, NO COME, SE DESNUTRE, ENFERMA. LAS ENFERMEDADES EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS SON MAS SEVERAS Y ES DIFICIL LA RECUPERACION. EL PROBLEMA PUEDE SOLUCIONARSE CON UNA HOSPITALIZACION, PERO EN CUANTO REGRESA EL INDIVIDUO A SU MEDIO EL PROBLEMA VUELVE A SURGIR.

ESTO SOLO ES UNA PARTE DE LO QUE ACONTECE, PUES LA DESNUTRICION ES SOLO UNO DE LOS VARIOS PADECIMIENTOS QUE APARECEN EN ESTOS INDIVIDUOS; AUNADOS A LOS DE TIPO SOCIAL (DROGADICCION, ALCOHOLISMO), QUE INCIDEN EN SU PSICOLOGIA, COADYUVAN A UN BAJO DESARROLLO FISICO Y MENTAL, EN ESTAS CONDICIONES EL APRENDIZAJE Y LA OPORTUNIDAD DE EDUCACION SE OBSTACULIZAN, CERRANDOSE EL CIRCULO, BAJA ESCOLARIDAD, EMPLEO CON BAJOS INGRESOS, DIFICULTAD DE OBTENER LOS SATISFACTORES BASICOS Y TODO ELLO REPERCUTE EN LA SALUD." (76).

LA MARGINALIDAD COMO FENOMENO SOCIAL TIENDE A REPRODUCIR LOS - FACTORES QUE LA CONDICIONAN Y FAVORECEN SU DESARROLLO, PORQUE COMO YA MENCIONAMOS EL INDIVIDUO QUE ES MARGINADO EN UN ASPECTO TIENE LA PROBABILIDAD DE SERLO EN OTROS MAS, PRODUCIENDOSE ASI EL SINDROME DE PERPETUACION DEL FENOMENO.

POR OTRA PARTE LA MARGINALIDAD COMO PRODUCTO RESULTANTE DE LA CONFORMACION DEL SISTEMA CAPITALISTA, TIENE POCAS POSIBILIDADES DE SOLUCION, YA QUE EL SISTEMA SOCIAL, LOS MANTIENE A ESTOS INDIVIDUOS EN CIERTOS LIMITES DE ACTUACION , COMO MAND DE OBRA BA RATA Y COMO MERCADO TIPIFICADO Y AMBOS COMO ELEMENTOS DEL EJERCICIO DE LA PLUSVALIA.

OBSERVAMOS DE ESTA FORMA COMO LA ESTRUCTURA ECONOMICA EJERCE - UNA DETERMINACION PRIMARIA SOBRE LA SALUD ENFERMEDAD EN UN PAIS Y CUANDO ESTA, LLEGA A PRESENTAR CRISIS, TRAE COMO CONSECUENCIA UNA AGUDIZACION DE LOS DAÑOS CORRESPONDIENTES A LA ESFERA SANITARIA.

4.2 EL ESTADO Y SUS INSTITUCIONES DE SALUD.

RECORDEMOS QUE EN EL PRIMER CAPITULO HABLAMOS DEL PAPEL ECONOMICO POLITICO Y DE CONDUCCION SOCIAL DEL ESTADO Y DE SU POSICION RESPECTO A LA SALUD. AHORA RETOMAREMOS Y AMPLIAREMOS ALGUNOS CONCEPTOS, PERO BASICAMENTE HABLAREMOS DEL ESTADO A TRAVES DE SUS INSTITUCIONES DE SALUD, YA QUE ES A TRAVES DE ESTAS COMO MANIFIESTA SU ACTUACION, PONDREMOS ESPECIAL ENFASIS EN LA SSA, MOTIVO DE ESTE TRABAJO.

COMO YA LO HABIAMOS MENCIONADO, EL ESTADO HA TOMADO PARA SI LA FUNCION DE ORGANIZAR Y COORDINAR EL DESARROLLO DE LA VIDA SO-

CIAL LO CUAL LE PERMITE SITUARSE POR ENCIMA DE LAS CLASES SOCIALES, ESTABLECERSE COMO INSTRUMENTO DE DOMINACION Y CONSTITUIRSE EN EL DIRECTOR MORAL E INTELECTUAL DE LA SOCIEDAD AL TRATAR DE REPRESENTAR LOS INTERESES DE LOS DIVERSOS GRUPOS SOCIALES, FUNCION QUE PUEDE EJERCER DENTRO DE LOS LIMITES PERMITIDOS POR LOS GRUPOS HEGEMONICOS, DETERMINADOS POR SUS INTERESES DE CLASE Y LOS CUALES ORIENTAN LA ACTUACION DEL ESTADO.

AL ASUMIR EL ESTADO EL CARACTER DE DIRECTOR DE LA SOCIEDAD REQUIERE ESTABLECER ESTRATEGIAS DE ACTUACION PARA CONDUCIRLA. ESTRATEGIAS ENCAMINADAS A CUBRIR UNA DOBLE FUNCION, POR UNA PARTE PARA OBTENER EL CONSENSO SOCIAL Y LEGITIMARSE Y POR OTRA - APOYAR LOS INTERESES QUE EL MISMO REVISTE (LOS DE LA CLASE EN EL PODER) Y CON ELLO GARANTIZAR LA REPRODUCCION DEL SISTEMA.

PARA ELLO EL ESTADO HA TENIDO QUE ASUMIR UNA SERIE DE RESPONSABILIDADES QUE SE TRADUCEN EN CONCESIONES POLITICAS Y SOCIALES A FIN DE CONTROLAR A TRAVES DE ELLAS A LA SOCIEDAD CIVIL.

"ENTRE LAS REIVINDICACIONES SOCIALES QUE HA ESTABLECIDO COMO MECANISMO DE CONTROL, TANTO A NIVEL REAL COMO IDEOLOGICO ENCONTRAMOS LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. CON ELLA EL ESTADO PRETENDE POR UN LADO, MANTENER A LA FUERZA DE TRABAJO EN LAS CONDICIONES MINIMAS DE SALUD CON LAS QUE PUEDA SEGUIR LABORANDO, Y POR OTRA COMO FORMA DE MANEJO DE LA CONCIENCIA DEL TRABAJADOR PUES ESTE SIENDE QUE AL PROPORCIONARSELE SERVICIOS MEDICOS PARA EL Y SU FAMILIA, SU SALUD QUEDARA ASEGURADA, SIN TOMAR EN CUENTA LAS VARIABLES REALES QUE INCIDEN PARA MANTENERLA; PUES NO ES SOLO BRINDANDO SERVICIOS MEDICOS COMO SE PUEDE CONSERVAR LA SALUD, SINO A TRAVES DE UN MEJOR NIVEL DE VIDA."(77).

Y ES A TRAVES DE LA FORMULACION DE POLITICAS DE CARACTER POPULAR EXPRESADAS EN PLANES Y PROGRAMAS QUE EL ESTADO HA ENCONTRA

DO LOS INSTRUMENTOS PARA EJERCER EL CONTROL Y EL CONSENSO SOCIAL, EVITAR CON ELLO MANIFESTACIONES DE DESCONTENTO QUE AMENACEN O PONGAN EN PELIGRO LA ESTABILIDAD DEL REGIMEN, A LA VEZ - QUE LEGITIMIZA SU POSICION.

EN EL BINOMIO SALUD-ENFERMEDAD, EL ESTADO INFLUYE EN EL ANIMO DE LA CIUDADANIA (PRESION) A TRAVES DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD POR DISMINUCION O PERDIDA DE LA SALUD Y OBTIENE DE ELLA - (CIUDADANIA) LA ACEPTACION A SU DIRECCION (CONTROL-CONSENSO) A TRAVES DE LA CREACION DE INSTITUCIONES PARA PRESERVARLA.

ARNALDO CORDOBA EXPLICA EL SIGNIFICADO DE ESTAS. "LAS INSTITUCIONES QUE FORMAN EL APARATO ESTATAL SON LOS ORGANISMOS, A TRAVES DE LOS CUALES SE PONE EN ACTO Y GARANTIZA LA ORGANIZACION DE LA SOCIEDAD, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES EN TODOS LOS ORDENES DE LA VIDA..." (78).

ESTAS INSTITUCIONES LUEGO ENTONCES SE CONSTITUYEN EN LOS CANALES POR DONDE LAS POLITICAS Y PLANES DE GOBIERNO SE TRADUCEN EN PROGRAMAS Y LLEGAN A LA POBLACION COMO BIENES Y SERVICIOS.

LAS INSTITUCIONES DEL CARACTER QUE SEAN, EXISTENTES EN UNA SOCIEDAD DETERMINADA (DE UNA MISMA RAMA) NO PUEDEN SER ANALIZADAS EN FORMA GLOBAL, YA QUE CADA UNA DE ELLAS, JUEGA UN PAPEL ESPECIFICO TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA MACROECONOMICO, COMO MACRO SOCIAL Y POLITICO.

"EL CASO DE MEXICO OFRECE UNA GAMA MUY AMPLIA DE MATICES, QUE NO PERMITEN HACER UNA CARACTERIZACION FACIL. CON TODO, PUEDE DE CIRSE QUE CUENTA CON UN SISTEMA PECULIAR DE SERVICIOS DE SALUD QUE CORRESPONDE GENERICAMENTE AL ESQUEMA DE ASISTENCIA PUBLICA Y QUE INCLUYE:

(78) ARNALDO CORDOBA, CITADO EN CAPITALISMO Y ENFERMEDAD, DE -- RAUL ROJAS SORIANO, FOLIOS EDICIONES, MEXICO, 1982, P.87.

A LOS RUDIMENTARIOS SERVICIOS ASISTENCIALES Y DE SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD (DESTINADOS A CLASES POPULARES) Y LOS SERVICIOS MEDICOS DE ALGUNAS DEPENDENCIAS E INSTITUTOS ESTATALES (DESTINADOS AL PROLETARIADO INDUSTRIAL O A LA BUROCRACIA ESTATAL), UN EXAGERADO NUMERO DE AGENCIAS DE SEGURIDAD SOCIAL QUE OTORGAN UNA PRESTACION "DIRECTA" DE SERVICIOS MEDICOS Y LOS SERVICIOS PRIVADOS QUE ATIENDEN A NUCLEOS MINORITARIOS (CLASE MEDIA ALTA Y BURGUESIA)." (79)

"EL REPARTO DE CLASES EN LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD PUBLICAS Y PRIVADAS, ESTABLECE UN ACCESO DIFERENTE PARA CADA GRUPO SOCIAL, EL QUE DEPENDE DE LA FORMA COMO LOS INDIVIDUOS Y GRUPOS SE INSERTEN EN EL APARATO PRODUCTIVO, DEL NIVEL DE ORGANIZACION DE LOS MISMOS, DE LAS CARACTERISTICAS QUE ADOPTE EN UN DETERMINADO MOMENTO LA LUCHA DE CLASES, DE LA IMPORTANCIA QUE PARA LA LEGITIMACION DEL ESTADO TENGAN CIERTOS GRUPOS SOCIALES. TODO LO CUAL SE ENCUENTRA ENMARCADO DENTRO DE LAS PARTICULARIDADES DEL DESARROLLO CAPITALISTA DE NUESTRO PAIS DETERMINADO POR EL CAPITAL INTERNACIONAL Y LA BURGUESIA NACIONAL." (80)

EL MODELO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

" LA RESPUESTA SOCIALMENTE ORGANIZADA EN NUESTRO PAIS CORRESPONDE A UN MODELO DOMINANTE DE ACCIONES CURATIVAS Y EN OCASIONES - REHABILITATORIAS QUE RESULTAN ONEROSAS Y HASTA CIERTO PUNTO INEFICACES PARA LA SALUD COLECTIVA, A MAS DE SER DEPENDIENTES DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA Y CARACTERIZARSE POR ALTOS COSTOS DE

(79) DANIEL LOPEZ ACUNA, IBIDEM, P.98

(80) RAUL ROJAS SORIANO, CAPITALISMO Y ENFERMEDAD, FOLIOS EDICIONES, MEXICO 1982. P.145

OPERACION Y DE INVERSION.

ASI MISMO SE PUDE DECIR QUE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO - HAN RESPONDIDO DE UNA MANERA ESQUIZOIDE A LAS NECESIDADES NACIONALES DE SALUD. LA UNICA CONGRUENCIA PRESENTE EN LOS SERVICIOS, HAN SIDO LAS NECESIDADES POLITICAS, ECONOMICAS Y CORPORATIVAS DE LOS GRUPOS DOMINANTES Y SU INSALVABLE OBLIGACION DE DAR UNA RESPUESTA MEDIATIZADORA, A LAS DEMANDAS EXPRESADAS O INEXPRESADAS, DE LAS CLASES POPULARES." (81)

ENTRANDO YA EN EL CAMPO DE LA OPERACION Y ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA QUE SON A LOS QUE NOS - AVOCAREMOS, PODEMOS DECIR: "QUE ESTOS SE ENCUENTRAN EN ESTADIOS DE DESARROLLO TECNICO Y ADMINISTRATIVO MUY DISTINTOS, LA INFRAESTRUCTURA DE ATENCION HA EVOLUCIONADO ASIMETRICAMENTE, EN CUANTO A COBERTURA, NIVEL DE CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD.

EXISTEN UNIDADES CUYO SERVICIO PARA POBLACION ESTAN FORMADAS - PRACTICAMENTE SOLO POR UNIDADES DE PRIMER NIVEL (CENTROS DE SALUD Y UNIDADES AUXILIARES), EN TANTO QUE OTROS DISPONEN DE CAPACIDAD HOSPITALARIA Y UNOS CUANTOS TIENEN UNA MODESTA INFRAESTRUCTURA DE ALTA ESPECIALIDAD.

POR OTRO LADO SE ADVIERTEN DESIGUALDADES ADMINISTRATIVAS Y TECNICAS QUE INCIDEN EN LA PLANIFICACION Y GESTION DE LOS SERVICIOS." (82).

MUCHOS DE LOS ELEMENTOS DE LA ADMINISTRACION Y OPERACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE NO FAVORECEN SU DESARROLLO Y QUE NO HAN SIDO SUPERADOS, SE REMONTAN A ANTECEDENTES HISTORICOS Y ECONOMICOS DE LA FORMACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN NUESTRO PAIS,

(81) DANIEL LOPEZ ACUNA, IBIDEM, P.P. 95,96

(82) JOSE FCO. RUIZ MASSIEU, LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EL CASO DE MEXICO, PORRUA 1986, P.84

MISMOS QUE REPRESENTAN LOS ORIGENES INMEDIATOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA (SSA), REMITAMONOS A ELLOS:

" A GRANDES RAZGOS PUEDE DECIRSE QUE EN LA COLONIA LA ATENCION MEDICA Y LA AYUDA A LOS MENESTEROSOS ERA REALIZADA POR INSTITUCIONES CLERICALES O LUGARES PATROCINADOS POR EL GOBIERNO VIRREINAL O ALGUN PARTICULAR. LA IDEOLOGIA CRISTIANA DE LA AYUDA AL - PROJIMO Y LA CARIDAD, DETERMINO LA APARICION DE ASILOS, HOSPITALES, CASAS DE ASISTENCIA Y ORFANATORIOS. TRAS LA INDEPENDENCIA, LA NOCION CRISTIANA DE CARIDAD SE VIO CAMBIADA EN LO NOMINAL, MAS NO EN LO SUSTANCIAL, POR LA IDEA LIBERAL DE LA BENEFICENCIA PUBLICA; EL ESTADO EJERCERIA UNA OBRA FILANTROPICA EN MATERIA HOSPITALARIA PERO SIN OBLIGACION ALGUNA DE LLEVARLA A CABO. DESPUES DE UN ABANDONO Y UNA CRISIS QUE DURARON DECADAS, EL PORFIRIATO VIO RESURGIR LAS IDEAS DE BENEFICENCIA Y LA SALUBRIDAD TO DAVIA CON IDEAS FILANTROPICAS. PASADA LA REVOLUCION LAS ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES PERMANECIERON INALTERADAS AUNQUE CON CAMBIOS DE MEMBRETE. SE CREA EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL Y EL DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD. PERO NO FUE SINO A PARTIR DE LA TERCERA DECADA DE ESTE SIGLO QUE SE MODIFICO EL CONCEPTO DE BENEFICENCIA. SURGIO ENTONCES LA IDEA DE LA ASISTENCIA SOCIAL COMO UNA FUNCION OBLIGATORIA DEL ESTADO. PERO NO ES SINO HASTA FINES DE LOS TREINTAS QUE EL ESTADO ASUME ALGUNAS FUNCIONES DE SA NEAMIENTO BASICAMENTE, AL MISMO TIEMPO SE GESTABA LA IDEA DE SE GURIDAD SOCIAL. EN 1937 SE CREA LA SECRETARIA DE ASISTENCIA PUBLICA, TEORICAMENTE DESTINADA A BRINDAR ASISTENCIA MEDICA A TODOS LOS SECTORES DE LA POBLACION. EN 1943 SE FUSIONAN LA SECRETARIA DE ASISTENCIA PUBLICA Y EL DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD Y NACE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, A PARTIR DE LOS AÑOS CUARENTA, LA CRECIENTE INDUSTRIALIZACION Y LA POLITICA DE PROTECCION AL CAPITAL POR PARTE DEL ESTADO, PROPICIO UNA DIVERSIFICACION DE LOS SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD PARA FINES DE REPRODUCCION DE LA FUERZA DE TRABAJO. A LO QUE SE SUMO LAS CRECIENTES DEMANDAS OBRERAS EN MATERIA DE SALUD QUE FUERON CAPITALIZADAS POR LA CLASE DOMINANTE. LO QUE DIO LUGAR EN 1943 A LA

CREACION DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, QUE COMENZO A PROPORCIONAR SERVICIOS MEDICOS AL SECTOR MAS PRODUCTIVO DEL PAIS: LOS ASALARIADOS URBANOS Y EL PROLETARIADO INDUSTRIAL. EL IMSS CONCENTRO RECURSOS PUBLICOS PARA ATENDER A UNA PEQUEÑA - FRACCION DE LA CLASE TRABAJADORA, EL EJE DEL DESARROLLO ECONOMICO DEL PAIS A LA QUE HABIA QUE MANTENER EN BUENAS CONDICIONES - PARA LA PRODUCCION O REHABILITANDOLA PARA LA VIDA PRODUCTIVA. - UNOS AÑOS DESPUES, EN 1960 DADO EL CRECIMIENTO DE LA BUROCRACIA ESTATAL Y SUS DEMANDAS ASISTENCIALES SE CREA EL ISSSTE. SOBRE - LA MISMA BASE FUERON CREANDOSE DIVERSOS ORGANISMOS DE EMPRESAS DESCENTRALIZADAS COMO PEMEX. LA SALUD DE LAS MASAS CAMPESINAS QUEDO ASIGNADA A LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA DESDE LOS AÑOS 50 PARA POSTERIORMENTE ENFOCARSE A LOS NUCLEOS MENOS - PRODUCTIVOS Y/O MARGINADOS DEL CAMPO Y LAS CIUDADES." (83)

ESTE REPARTO DE INSTITUCIONES POR CLASE SOCIAL NOS RESALTA:

"LA DESIGUALDAD DE RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES, TECNOLOGICOS) LA CONCENTRACION URBANA DE INSTALACIONES Y SERVICIOS Y LA DIFERENTE DISPONIBILIDAD DE RECURSOS FINANCIEROS PARA LA ATENCION - DE LA SALUD.

LA CONCENTRACION DE LOS ESFUERZOS DEL ESTADO, EN LOS SECTORES - MAS PRODUCTIVOS DE LA SOCIEDAD. REFORZANDO Y ASEGURANDO LOS RECURSOS DE LAS INSTITUCIONES ENCARGADAS DE ATENDERLOS. AL MISMO TIEMPO QUE HA IDO ESTRECHANDO LOS RECURSOS PARA LA ATENCION DE LOS HABITANTES DEL CAMPO, LOS TRABAJADORES EVENTUALES, PARA EL PROLETARIADO URBANO, PARA LOS DESEMPLEADOS Y SUBEMPLEADOS. ASI LA REDISTRIBUCION DEL INGRESO QUE PODRIA SER EJERCIDA A TRAVES DE LOS SERVICIOS DE SALUD, RESULTA MINIMA O CASI NULA." (84)

DENTRO DE ESTE MARCO LA SSA SE ADVIERTE EN FRANCA DESVENTAJA -

(83) DANIEL LOPEZ ACUNA, IBIDEM, P.P. 101-104

(84) IBIDEM, P.104

FRENTE A OTRAS INSTITUCIONES ESTATALES DE SALUD. SI A ESTO AUNAMOS LAS REPERCUSIONES QUE LA SITUACION ACTUAL DE CRISIS REFLEJA EN LAS INSTITUCIONES DEL ESTADO Y ANTES QUE EN OTRAS EN LAS DE BENEFICIO SOCIAL (CORTANDO LAS INVERSIONES, DEJANDO INCONCLUSAS LAS OBRAS), LOS SERVICIOS DE SALUD NO PASAN DE SER UN BUEN PROPOSITO. DICHO DE OTRA FORMA CUANDO EL ESTADO NECESITA APORTAR -- MAS QUE EN OTROS PERIODOS A ESTOS SERVICIOS, POR EL VIOLENTO DE TRIMENTO DEL NIVEL DE VIDA DE LAS MAYORIAS, QUE EXPONEN A LA POBLACION A UNA MAYOR VULNERABILIDAD RESPECTO DE SU SALUD, ES -- CUANDO MENOS LO HACE, YA QUE EL CAPITAL LO REQUIERE PARA SALVAR LA ECONOMIA Y NO PARA APLICARLO EN GASTOS DE TIPO SOCIAL ES -- CUANDO LA NATURALEZA CLASISTA DEL ESTADO SE ADVIERTE.

ES EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE EL ESTADO BUSCA CAMINOS O ESTRATEGIAS PARA RESOLVER SU PROBLEMA FINANCIERO (INVIRTIENDO LA "MISMA" O MENOR CANTIDAD DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO EN EL -- SECTOR) A TRAVES DE LA APLICACION DE UNA MEDICINA BARATA (PREVENCIÓN, PARTICIPACION COMUNITARIA), COMO ELEMENTOS DE RESOLUCION DE LOS PROBLEMAS DE SALUD O BIEN SE ENFOCA A ESTABLECER -- PROGRAMAS DE CARACTER SANITARIO-POLITICO QUE LE PROPORCIONEN -- UNA IMAGEN INSTITUCIONAL Y LE OTORGUEN CONSENSO SOCIAL.

COMO EJEMPLO DE ESTE TIPO DE ESTRATEGIAS ENCONTRAMOS, LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE EXTENSION DE COBERTURA (1973 SEGUNDO PLAN DECEANAL DE SALUD, 1979 PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA PEC, 1979 PROGRAMA COMUNITARIO RURAL PCR, 1979 COPLAMAR, 1979 PROGRAMA DE ATENCION A LA SALUD EN GRANDES URBES...) LOS QUE FUSIONAN LOS -- ELEMENTOS FINANCIEROS Y POLITICOS DE LA SALUD. OTRO CASO ES EL PROGRAMA QUE NOS OCUPA, EL DE DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL QUE INCIDE BASICAMENTE EL CARACTER NETAMENTE POLITICO DE LA SALUD, AUNQUE EN EL DISCURSO SE ESTABLEZCA COMO PRIMORDIAL LO SANITARIO.

ESTE TIPO DE PROGRAMAS HA PUESTO ENFASIS EN LA AMPLIACION DE COBERTURA SIN SEÑALAR LOS LIMITES Y LA DIFERENCIA DE ESTA RESPEC-

TO AL RESTO DE SERVICIOS ASISTENCIALES. ASI LA INTENCION DE INTEGRAR A LA POBLACION MARGINADA A LOS BENEFICIOS DE LA ATENCION MEDICA Y CON ELLO PROPORCIONARLES UN MEJOR NIVEL DE VIDA Y DE SALUD SE VUELVE ALGO TOTALMENTE RELATIVO, SI A ESTO AUNAMOS LAS FALLAS DE IMPLANTACION, OPERACION Y MANEJO DE RECURSOS, NOS REMITE A LA EXISTENCIA DE UNA RESPUESTA INADECUADA AL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD EN LA POBLACION ABIERTA (MARGINADA), Y CUYA SU PERACION NO SE VISLUMBRA A CORTO PLAZO. SIN EMBARGO NO PODEMOS OBVIAR LA IMPORTANCIA DE ESTOS PROGRAMAS, YA QUE AUN CON TODAS SUS LIMITANTES SE CONSTITUYEN EN UNO DE LOS INSTRUMENTOS A TRAVES DE LOS CUALES EL ESTADO ACTUA, SE LEGITIMA Y CONTROLA POLITICAMENTE PARTE DEL DESARROLLO DE LA VIDA SOCIAL.

4.3 LA RESPUESTA SOCIAL DE LA POLITICA DESCENTRALIZADORA DE -- LOS SERVICIOS DE SALUD.

UNA VEZ ANALIZADO A GRANDES RAZGOS EL BINOMIO SALUD-ENFERMEDAD Y EL PAPEL DEL ESTADO A TRAVES DE SUS INSTITUCIONES DE SALUD, - COMO ANTECEDENTE DEL CONTEXTO QUE ENMARCA A LOS FENOMENOS DE SALUD EN NUESTRO PAIS, NOS RESTA UNICAMENTE ANALIZAR EL IMPACTO - DE LA IMPLANTACION DE LA POLITICA DESCENTRALIZADORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, BASICAMENTE EN FUNCION DE LOS RESULTADOS EN LA SALUD DE LA POBLACION ABIERTA.

PARA ELLO PARTIREMOS DE LA PREMISA DE QUE LA EVALUACION DE CUAL QUIER CAMBIO EN LA ESTRUCTURA DE UN SISTEMA DEBE BASARSE EN LA MEDICION DE LOS RESULTADOS, PRODUCTO O IMPACTO (TOMAMOS COMO SI NONIMOS LOS TRES).

HABLAR DE IMPACTO ES HABLAR DE CAMBIOS Y EFECTOS APRECIABLES EN LOS NIVELES DE SALUD (PARA ESTE CASO CONCRETO), TASAS DE MORBI-

LIDAD, MORTALIDAD, COBERTURA...COMO LOS INDICADORES FINALES, SOBRE LOS QUE ACTUARON LAS ACCIONES DE DESCENTRALIZACION Y LOS - CUALES NO SON OTRA COSA QUE LA EXPRESION DE LA FORMA DE OPERAR DE LAS UNIDADES EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCION Y CONDUCCION (NORMATIVO, DIRECTIVO, ADMINISTRATIVO, TECNICO Y OPERATIVO), ASI COMO DEL USO DE LOS RECURSOS ASIGNADOS.

ESTO SIGNIFICA QUE EL ESFUERZO EVALUATIVO HAY QUE CENTRARLO EN LOS LOGROS Y RESULTADOS EFECTOS Y BENEFICIOS EN EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION OBJETIVO, Y NO COMO COMUNMENTE SE ENCUENTRA EN LOS INFORMES EVALUATIVOS INSTITUCIONALES EN LOS QUE SE ENFATIZA EL VOLUMEN DE ACCIONES REALIZADAS, CONFUNDIENDOSE ASI MEDIOS CON FINES, SIENDO QUE LA CUANTIFICACION Y MEDICION DEL PRODUCTO FINAL DEL SISTEMA (TENDENCIAS EPIDEMIOLOGICAS), ES DONDE REALMENTE SE PUEDE MEDIR LA EFICACIA DE TODO EL APARATO ADMINISTRATIVO DESCENTRALIZADO DE LA SALUD Y DONDE ADQUIERE SU MAS CABAL EXPRESION LA ESTRATEGIA ADMINISTRATIVA APLICADA; YA QUE ES AHI DONDE SE VISLUMBRA SI SE CUBRIERON O NO LAS NECESIDADES REALES DE SALUD DE LA POBLACION ABIERTA.

ANTES DE PRESENTAR ALGUNOS CUADROS DE TENDENCIAS EPIDEMIOLOGICAS DE MORBILIDAD, MORTALIDAD Y COBERTURA, CABE HACER ALGUNAS - ACOTACIONES SOBRE EL SISTEMA DE INFORMACION NACIONAL EN EL AREA DE LA SALUD. PARA LO CUAL NOS APOYAREMOS EN EL DR. DANIEL LOPEZ ACUNA QUIEN EXPLICA "NUESTROS SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO EN EL AREA DE LA SALUD SON MUY DEFICIENTES.

EN EL CASO DE LA MORBILIDAD LOS REGISTROS SON CASI INEXISTENTES NO HAY ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD, SE CUENTA SOLO CON BOLETINES EPIDEMIOLOGICOS INCOMPLETOS QUE NI SIQUIERA REUNEN TODOS - LOS CASOS EXISTENTES DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA.

EN EL RENGLON DE LA MORTALIDAD AL IGUAL QUE EN EL DE LA NATALIDAD EXISTE UN SUBREGISTRO Y UNA EXTEMPORANEIDAD IMPORTANTE, DI-

FICIL DE PRECISAR Y CON GRANDES VARIACIONES REGIONALES, ADEMÁS MUCHAS DE LAS CAUSAS DE MUERTE QUE SE ANOTAN, SON MUCHAS VECES INCLASIFICABLES. ESTE ÚLTIMO ASPECTO REFLEJA IMPRECISAMENTE, EL ACCESO DE LA POBLACION, A LA ATENCION MEDICA PROFESIONAL." (85)

HICIMOS REFERENCIA A ESTA CITA PORQUE AL BUSCAR INFORMACION SOBRE LOS INDICADORES BASICOS DE MORBILIDAD, MORTALIDAD, COBERTURA, PARA EXPONER OBJETIVAMENTE EL IMPACTO DE LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, NOS FUIMOS ENCONTRANDO CON QUE ERAN REALIDAD CADA UNA DE LAS AFIRMACIONES DE LOPEZ ACUNA.

PODRIAMOS AGREGAR A LO YA COMENTADO QUE LA INFORMACION ANUAL DE SALUD, SE MANEJA CON CRITERIOS DIFERENTES CADA AÑO DE TAL FORMA QUE NO SIEMPRE ES POSIBLE REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE TENDENCIAS (DE UN AÑO A OTRO, SE SUPRIME UNA ENFERMEDAD, CAMBIO QUE NO SE DEBE A UN DESCENSO REAL DEL FENOMENO O ENFERMEDAD, SINO QUE OBE DECE A CAMBIOS DE CLASIFICACION DE ENFERMEDADES O BIEN A CRITERIOS DE REGISTRO, DIAGNOSTICO, CERTIFICACION DE LAS MISMAS), Y CUYAS PUBLICACIONES TIENEN UN RETRASO DE 2 AÑOS (LA PUBLICACION MAS ACTUALIZADA PERTENECE A 1988).

EN EL CASO DE LA MORTALIDAD Y LA NATALIDAD EXISTE UNA EXTEMPORANEIDAD IMPORTANTE, 4 AÑOS (ULTIMAS PUBLICACIONES 1986) Y UN AMPLIO MARGEN DE CAUSAS DE MUERTE SE ANOTAN EN EL RUBRO "OTROS". EL ATRASO EN LA PUBLICACION DE LOS REGISTROS DE NATALIDAD, ASÍ COMO SU MANEJO (AVECES EN CIFRAS ABSOLUTAS, AVECES EN TASA, OTRAS EN TASAS DESGLOSADAS POR EDAD MATERNA...) IMPIDE CONOCER LA TENDENCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL, ELEMENTO SOBRESALIENTE EN NUESTRO PAÍS Y EL CUAL REFLEJA REALMENTE NUESTRO NIVEL DE SALUD Y DE DESARROLLO.

CON TODAS LAS LIMITANTES DE VERACIDAD, OPORTUNIDAD, MANEJO (INSTITUCIONAL, POLITICO) LAS SERIES CRONOLOGICAS QUE PUDIERON OBTENERSE

NERSE DE UN ESTUDIO DE LAS PUBLICACIONES OFICIALES EXISTENTES Y QUE A CONTINUACION SE PRESENTAN , DEMUESTRAN INDICIOS DE LO QUE REALMENTE OCURRIO EN EL PANORAMA DE LA SALUD, EN LAS ENTIDADES EN QUE SE APLICO LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN GENERAL DEL PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DEL PAIS QUE AL PARECER NO SE HA MODIFICADO SUSTANCIALMENTE EN LOS ULTIMOS 30 AÑOS.

INDICADORES DE ANALISIS.

EL ANALISIS DEL IMPACTO DE LA DESCENTRALIZACION LO ABORDAREMOS A TRAVES DE TRES INDICADORES:

- COBERTURA
- MORBILIDAD
- MORTALIDAD

4.3.1 COBERTURA.

RECORDEMOS QUE UNO DE LOS OBJETIVOS BASICOS DE LA DESCENTRALIZACION ERA LOGRAR LA EXTENSION DE COBERTURA. CABE REITERAR QUE EN LA MATERIA EXISTE UNA IMPORTANTE INCONSISTENCIA Y VACIO DE INFORMACION, SE PRESENTA UNICAMENTE LO QUE SE PUDO ENCONTRAR EN FORMA DESGLOSADA DE 1980 A LA FECHA (CUYA FUENTE FUE: EL ANUARIO ESTADISTICO 1985, Y EL BOLETIN DE INFORMACION ESTADISTICA - 1988, AMBOS PUBLICADOS OFICIALMENTE POR SSA.) Y QUE DIFIERE DE INFORMES INSTITUCIONALES Y PRESIDENCIALES (1989 CARLOS SALINAS) EN DONDE UNICAMENTE SE EXPRESAN COBERTURAS POTENCIALES (ESTIMADAS) Y GLOBALES (NO POR ENTIDAD FEDERATIVA). QUIZA LA DIFICULTAD PARA ENCONTRAR INFORMACION CONSISTENTE RADICA EN LA ESENCIA NETAMENTE POLITICA DE ESTE ELEMENTO LA COBERTURA; LO QUE DIFICULTA SEÑALAR SITUACIONES PRECISAS.

DE CUALQUIER FORMA QUEDA PLASMADA EN LA COMPARACION DE LA INFORMACION OBTENIDA (CUADRO 23) QUE CUANDO MENOS UN 10.17% DE LA POBLACION EN EL PAIS, AUN NO TIENE ACCESO A SERVICIOS MEDICOS DE NINGUN TIPO, Y QUE EQUIVALE EN NUMEROS ABSOLUTOS A 8.5 MILLONES DE PERSONAS (PESE A ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS APLICADOS), TAMBIEN RESALTA EL HECHO DE QUE EL % DE COBERTURA DE LA SSA DISMINUYO - DE 29.29% EN 1985 A 22.13% EN 1988, QUE EN NUMEROS ABSOLUTOS REPRESENTA 4,517,237 PERSONAS A LAS QUE DEJO DE DAR SERVICIO Y - DESTACANDOSE QUE QUIEN ABSORBIO ESTA POBLACION FUE EL IMSS.

SI ESTA SITUACION O COMPORTAMIENTO DE LA COBERTURA EN SSA SE - COMPARARA CON LOS GASTOS EN SALUD (A PRECIOS CONSTANTES O DEFLACTADOS DE 1980, CUADRO 24), ESTA TENDENCIA A LA BAJA DE COBERTURA SERIA UNA RESPUESTA LOGICA EN TERMINOS GLOBALES, YA QUE EL GASTO TOTAL Y PERCAPITA EN LA SSA EN EL PERIODO FUE DECRECIENTE (-61.22% Y -88.07% RESPECTIVAMENTE), SITUACION QUE REQUIERE DESTACARSE YA QUE EL GASTO EN LA MATERIA ES UNO DE LOS RENGLONES FUNDAMENTALES DE LA INTERVENCION ESTATAL, PARA REDISTRIBUIR EL INGRESO VIA DE LA SALUD Y HACER EFECTIVO EL DERECHO DE TODA LA POBLACION A LA MISMA.

AL PARTICULARIZAR EL ANALISIS DE COBERTURA DE LA SSA Y AL SEPARAR POR MOTIVO DEL PROPIO ESTUDIO LA PARTICIPACION DE ESTA, POR ESTADOS DESCENTRALIZADOS Y ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS (CUADRO 23) OBSERVAMOS QUE LA COBERTURA EN AMBOS CASOS PARA 88, TANTO EN TERMINOS RELATIVOS COMO EN ABSOLUTOS, DISMINUYO EN FORMA SIMILAR TANTO EN LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS (-19.73% QUE EQUIVALE A -2, 357 316 PERSONAS). COMO EN LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS REFLEJARON (UN -19.86 % QUE SIGNIFICAN LA NO COBERTURA DE 2,159 921 PERSONAS), INSISTIENDO QUE DE ACUERDO AL CUADRO ESTA, (COBERTURA) LA ABSORBIO EL IMSS, PRESUPONEMOS QUE DADA LA SITUACION DE CRISIS Y DESEMPLEO DEL PERIODO ESTUDIADO, ESTA POBLACION NO SE SUMO A ESTOS SERVICIOS MEDICOS AL INTEGRARSE AL PROCESO PRODUCTIVO DEL PAIS, SINO QUE SE SUMO POR LA VIA DE LOS - SERVICIOS DE SOLIDARIDAD SOCIAL QUE PROPORCIONA EL INSTITUTO ME

COBERTURA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

CUADRO 23

COBERTURA NACIONAL.

AAO	POB. TO- TAL EUM.	POB. C/SEG. SOCIAL	?	POBLACION ABIERTA	?	COBERTURA SSA	?	POBLACION S/ATENCION	?
1985*	77.9 M	29.3 M	37.64%	38.3 M	49.24%	22.8 M	-29.29%	10.2 M.	13.10%
1988*	82.7 M	44.2 M	53.46%	30.0 M	36.36%	18.3 M	22.13%	8.4 M.	10.17%

COBERTURA ESPECIFICA SSA

AAO	COBERTURA TO- TAL SSA	COBERTURA EDOS DESCENT. #	?	COBERTURA EDOS NO DESCENT. #	?
1985*	22.8 M	11.9 M	52.35%	10.8 M	47.65%
1988*	18.3 M -19.79% (-4.5 M)	9.5 M -19.73% (-2.3 M)	52.40%	8.7 M -19.86% (-2.1 M)	47.60%

FUENTE: BOLETIN DE INFORMACION ESTADISTICA 1988 P.5 Y ANUARIO ESTADISTICO 1985, CUADRO V.1.1. SSA.

* SE UTILIZO INFORMACION DESGLOSADA QUE SE ENCONTRO DE 1980 A LA FECHA.

LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SON: AGS, BCS, COL, GTO, GRO, JAL, MEX, MOR, N.L., QRO, Q.ROO, SON, TAB Y TLAX.

LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS SON EL RESTO DE ENTIDADES DE LA REPUBLICA.

CUADRO 24

PRODUCTO INTERNO BRUTO Y GASTO EN SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1980 -1987 (MILLONES DE PESOS)

AÑO	PRODUCTO INTERNO BRUTO		GASTO EN SALUD		INGRESO PER CAPITA *		GASTO EN SALUD PER CAPITA *	
	A PRECIOS CORRIENTES	A PREC. 1980	P. CORR.	P. 1980	P. CORR.	P. 1980	P. CORR.	P. 1980
1980	4,470,077	4,470,077	94,427	94,427	64,174	64,174	1,356	1,356
1981	6,127,632	4,862,219	135,305	105,132	85,834	68,109	1,895	1,473
1982	9,797,791	4,831,689	232,677	90,941	134,094	66,125	3,184	1,245
1983	17,878,720	4,628,937	337,662	72,994	239,318	61,961	4,519	977
1984	29,471,575	4,796,050	540,560	73,494	386,530	62,836	7,082	963
1985	47,402,549	4,919,905	868,538	72,136	608,206	63,125	11,144	925
1986	79,356,450	4,725,277	1,531,556	61,839	997,627	59,406	19,255	777
1987	195,614,485	4,792,936	2,767,236	58,570	2,410,485	59,070	46,429	721

FUENTE: SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES INEGI - SPP E INFORMACION DE LA CUENTA PUBLICA FEDERAL, DATOS NO PUBLICADOS, TOMADO DEL TRABAJO, LA DESCENTRALIZACION Y LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD EN MEXICO 1989 SSA.

* pesos mexicanos

RECURSOS OTORGADOS A ESTADOS DESCENTRALIZADOS.

3,140	NUEVAS PLAZAS, PARA UNIDADES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCION PRINCIPALMENTE.
147	PLAZAS PARA ESTRUCTURAS ORGANICAS.
18,666	TRABAJADORES FAVORECIDOS POR LA HOMOLOGACION SALARIAL Y FUNCIONAL, QUE REPRESENTA UN ESFUERZO DEL GOBIERNO FEDERAL DE \$ 13,742 MILLONES DE PESOS.
370	PLAZAS A TRABAJADORES EVENTUALES.
40 AL 50%	INCREMENTO ECONOMICO A RESIDENTES.
\$3,684 M.	PARA ADQUISICION DE MEDICAMENTOS EN CONCURSOS CONSOLIDADOS.
\$1,051 M.	APOYOS EXTRAORDINARIOS EN MEDICAMENTOS, AMBULANCIAS Y MATERIAL DE CURACION.
12	EQUIPOS DE COMPUTO.
\$1,000 M.	PARA TALLERES FIJOS Y MOVILES DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO Y CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DE ALMACENES.
93%	INCREMENTO PROMEDIO EN EL PRESUPUESTO DE OPERACION A CARGO DE LA SSA.
\$2,314 M.	INCREMENTO EN CUOTAS DE RECUPERACION COMO INGRESOS LOCALES.

FUENTE: DOCUMENTO, CONSOLIDACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE DESCENTRALIZACION Y MODERNIZACION ADMINISTRATIVA SSA, 1986.

CUADRO 26

ESTIMACION DE RECURSOS FINANCIEROS ADICIONALES PARA LA CONSOLIDACION DE LA DESCENTRALIZACION.
1987 -1988

(MILLONES DE PESOS)

CONCEPTOS	MONTO
APOYOS LOGISTICOS	2,768.5
INVERSION PARA REFORZAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA EXISTENTE.	23,866.0
GASTOS DE OPERACION PARA RE- FORZAMIENTO DE SERVICIOS.	6,813.1
REGULACION, CONTROL Y FOMENTO SANITARIO	21,609.7
TOTAL	55,057.3*

FUENTE: DOCUMENTO, CONSOLIDACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE DESCENTRALIZACION
Y MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, SSA, 1986.

* NO INCLUYE PLAZAS NUEVAS.

CUADRO 26.1

DETALLE DE ESTIMACION DE RECURSOS FINANCIEROS ADICIONALES, PARA APOYOS LOGISTICOS.

CONCEPTO	MONTO (MILLONES DE PESOS)
ABASTECIMIENTO	1,236.6
- OBRA ALMACEN (10,800 M2)	1,188.0
- EQUIPO ALMACEN	-
- VEHICULOS (8)	44.6
CONSERVACION Y MANTENIMIENTO	1,441.5
- OBRA TALLERES FIJOS	432.0
- EQUIPO Y HERRAMIENTA	669.5
- TALLERES MOVILES	340.0
SISTEMA DE COMPUTO	94.4
- EQUIPOS DE TELECOMUNICACIONES (12)	78.0
- TERMINALES Y AMPLIACION DE CAPACIDAD.(4)	16.4
TOTAL	2,768.5

FUENTE: DOCUMENTO, CONSOLIDACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE DESCENTRALIZACION Y MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, SSA, 1986.

CUADRO 26.2

DETALLE DEL GASTO DE OPERACION PARA REFORZAMIENTO DE SERVICIOS.

CONCEPTO	MONTO (MILLONES DE PESOS)
REFORZAMIENTO DEL PRIMER NIVEL	3,940.0
- UNIDADES DEL PRIMER NIVEL.	3,940.0
REFORZAMIENTO DEL SEGUNDO NIVEL.	3,873.1
- 49 HOSPITALES EXISTENTES CON DEFICIT EN OPERACION	3,623.9
- 3 HOSPITALES NUEVOS	249.2
TOTAL	6,813.1

FUENTE: DOCUMENTO, CONSOLIDACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE DESCENTRALIZACION Y MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, SSA, 1986.

CUADRO 26.3

DETALLE DE RECURSOS ADICIONALES PARA LOS SISTEMAS LOCALES DE REGULACION, CONTROL Y FOMENTO SANITARIO.

CONCEPTO	MONTO (MILLONES DE PESOS)
LABORATORIO DE SALUD PUBLICA.	20,065.5
- REHABILITACION DE LABORATORIOS DE PRIMER NIVEL. (96)	9,900.0
- OBRA Y EQUIPO DE LABORATORIOS DE SEGUNDO NIVEL. (9)	8,019.0
- EQUIPOS PARA LABORATORIOS PORTATILES. (96)	316.5
- UNIDADES MOVILES DE LABORATORIO, EQUIPADAS. (12)	1,800.0
EQUIPO.	1,544.2
- MICROCOMPUTADORAS. (22)	583.0
- VEHICULOS. (130)	780.0
- EQUIPO DE OFICINA.	181.2
TOTAL	21,609.7

FUENTE: DOCUMENTO, CONSOLIDACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE DESCENTRALIZACION Y MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, SSA, 1986.

NOTA:NO INCLUYE PLAZAS.

XICANO DEL SEGURO SOCIAL QUEDANDO ASI EN ENTREDICHO LAS ATRIBUCIONES Y RESPONSABILIDAD DE LA SSA.

SI OBSERVAMOS DESDE OTRO ANGULO A LA COBERTURA, ESTO ES EN SUS MOVIMIENTOS RELATIVOS POR AÑO, TOMANDO COMO BASE O REFERENCIA - EL TOTAL DE COBERTURA DE CADA AÑO RESPECTIVAMENTE Y SI SE COMPARAN ESTOS ENTRE SI, VERIAMOS QUE LA COBERTURA NO VARIÓ (NO SE MODIFICÓ) EN EL PERIODO ESTUDIADO, NI EN LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS (52.35% EN 85; Y 52.40% EN 88), NI EN LOS NO DESCENTRALIZADOS (47.65% EN 85; Y 47.60% EN 88).

COMO SE OBSERVA SE PRESENTAN COMPORTAMIENTOS Y DECREMENTOS SIMILARES DE COBERTURA, CON UNA RELATIVA VENTAJA DE LOS ESTADOS CENTRALIZADOS EN EL PERIODO DE ESTUDIO 85-88 (5% MAS DE COBERTURA RESPECTO DE LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS, VENTAJA QUE CABE SEÑALAR EXISTIA DESDE ANTES DEL INICIO DEL PROCESO), DECIMOS RELATIVA PORQUE PARA ESTOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SE APLICÓ UN REFUERZO IMPORTANTE DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS (VER CUADROS 25, 26, 26.1, 26.2, 26.3), QUE DEBIERON DE REPERCUTIR EN EL INCREMENTO INELUDIBLE DE SU COBERTURA.

4.3.2 MORBILIDAD.

LA MORBILIDAD EN MEXICO AL IGUAL QUE EN CUALQUIER OTRO PAIS, NO ES OTRA COSA QUE LA EXPRESION DE LA ESTRUCTURA ECONOMICA Y SOCIAL, EN LA QUE INTERVIENEN FACTORES DE DEPENDENCIA, CRISIS, - CONCENTRACION DE RIQUEZA, DESEMPLEO, INFLACION, MARGINACION, A LAS QUE SE SUMAN CARACTERISTICAS AMBIENTALES, TALES COMO SANEAMIENTO BASICO, VIVIENDA, SERVICIOS BASICOS (AGUA POTABLE, DISPOSICION DE EXCRETAS) Y DETERIORO ECOLOGICO (CONTAMINACION).

A PESAR DE QUE LAS ESTADISTICAS MUESTRAN AVANCES EN ALGUNOS SEC

TORES INTIMAMENTE LIGADOS A LOS NIVELES DE SALUD COMO EDUCACION (ALFABETISMO), SERVICIOS BASICOS (AGUA ENTUBADA Y DRENAJE VER - CUADROS 27, 28); POR EL TIPO DE ENFERMEDADES PREDOMINANTES QUE SE PRESENTAN EN MEXICO SE LE PUEDE CARACTERIZAR COMO A UN PAIS CON PATOLOGIA DE LA POBREZA, DEFINIDA ESTA POR UNA ALTA INCIDENCIA DE PADECIMIENTOS INFECTO-CONTAGIOSOS, LOS CUALES PUEDEN SER PREVENIBLES O CONTROLABLES Y FACILMENTE CURABLES SI SE CUENTA - CON LA OPERACION DE UNA RED ADECUADA Y EFICIENTE DE SERVICIOS - DE SALUD.

A CONTINUACION PRESENTAMOS EL CUADRO No.29 QUE CONTIENE SIETE - DE LAS DIEZ PRINCIPALES ENFERMEDADES EN EL PAIS DE 1984 A 1988, Y SEIS DE ELLAS SON INFECTO-CONTAGIOSAS A EXCEPCION DE LA DIABETES. Y CUYA INCIDENCIA SE HA INCREMENTADO A NIVEL NACIONAL EN LUGAR DE DECRECER.

SI REVISARAMOS HISTORICAMENTE LA MORBILIDAD EN MEXICO, SE VISLUMBRARIA QUE POR LO MENOS DESDE HACE TREINTA AÑOS EL PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE ESTA EN EL PAIS NO SE HA MODIFICADO, ES DECIR NO SE HAN SUPERADO LAS MISMAS ENFERMEDADES, LO QUE NOS HACE SUPONER QUE LAS INSTITUCIONES DE SALUD, NO HAN ATACADO DE FONDO - LOS PROBLEMAS EXISTENTES, SITUACION QUE NO SE PUEDE JUSTIFICAR ESCUDANDOSE EN LA ESTRUCTURA ECONOMICA, EN LA INFRAESTRUCTURA - QUE PREVALECE Y EN LOS RECURSOS FINANCIEROS OTORGADOS, LA MAYOR RESPONSABILIDAD ES INSTITUCIONAL, Y LAS INSTITUCIONES EN EL - - PAIS PARECE QUE NO HAN DADO UNA RESPUESTA DE FONDO A LAS NECESIDADES SOCIALES DE SALUD, PORQUE SE HAN CONSTITUIDO BASICAMENTE EN INSTANCIAS POLITICAS DE CONSENSO SOCIAL, MAS QUE EN INSTITUCIONES DE SOLUCIONES PRACTICAS Y DE EFICIENCIA.

PASEMOS AL ANALISIS PARTICULAR DE CADA UNA DE LAS ENFERMEDADES QUE SE PRESENTAN EN EL CUADRO GENERAL, HACIENDO YA EN ESTE CASO Y POR MOTIVOS DEL PROPIO ESTUDIO QUE NOS OCUPA, UNA SEPARACION EN EL COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EN LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS Y NO DESCENTRALIZADOS.

CUADRO 27

POBLACION MAYOR DE 15 AÑOS ANALFABETA.
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.
1980 -1988

AÑO	POBLACION ANALFABETA NUMERO	%
1980	6,435 721	9.24%
1981	6,371 780	8.93%
1982	6,012 324	8.24%
1983	5,564 307	7.45%
1984	5,003 690	6.56%
1985	4,413 393	5.66%
1986	3,669 364	4.61%
1987	3,053 799	3.76%
1988*	2,515 908	5.04%

FUENTE: VI INFORME DE GOBIERNO DEL LIC. MIGUEL DE LA MADRID, ANEXO ESTADISTICO, 1988.

* ESTIMADO.

CUADRO 28

VIVIENDAS Y SERVICIOS CON QUE CUENTAN.
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.
1980 - 1988.
(MILES).

ANO	VIVIENDAS EXISTENTES	CON AGUA ENTUBADA	CON DRENAJE	CON ENERGIA ELECTRICA
1980	12,074	6,022	6,158	9,037
1981	12,700	6,502	6,224	9,695
1982	13,202	6,933	7,204	10,320
1983	13,589	7,208	7,485	10,724
1984	14,010	7,551	7,803	11,225
1985	14,456	7,907	8,160	11,745
1986	14,855	8,351	8,600	12,835
1987	15,418	8,810	9,064	12,965
1988*	16,004	9,236	9,446	13,499

FUENTE: VI INFORME DE GOBIERNO DEL LIC. MIGUEL DE LA MADRID, ANEXO ESTADISTICO, 1988.

CUADRO 29

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD A NIVEL NACIONAL, 1984 - 1988.
(DE ACUERDO A NO. DE CASOS).
INCIDENCIAS.

CAUSAS DE MORBILIDAD	1984*	1985*	1986*	1987*	1988*
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS	9383.26	10909.68	9495.18	10709.78	11967.55
ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARRHEICAS.	3161.89	3485.13	3018.31	3191.40	3180.28
AMIBIACIS	1116.07	976.50	1061.48	1241.36	N.D.
DIABETES	71.61	52.18	158.81	166.71	155.75
VARICELA	74.05	82.64	105.50	124.25	N.D.
NEUMONIAS	77.57	72.18	88.54	108.68	N.D.
PANCREATITIS	69.06	85.52	56.71	77.30	N.D.

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS, SSA, 1984 - 1988.

* TASA POR 100 000 HABITANTES.

N.D. INFORMACION NO DISPONIBLE.

DE ESTA COMPARACION SE DESPRENDE; QUE DE LAS SEIS ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS QUE SE PRESENTAN Y QUE FIGURAN ENTRE LAS - DIEZ PRINCIPALES EN EL PAIS, LOS ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS MUESTRAN UNA TASA MAYOR DE INCIDENCIA, QUE LA DE LOS ESTADOS QUE NO TIENEN DESCENTRALIZADOS SUS SERVICIOS DE SALUD, Y UNA TASA MAYOR CON RESPECTO AL PROMEDIO NACIONAL.

ASI MISMO REFLEJAN UN INCREMENTO EN LA TASA DE INCIDENCIA DE ENFERMEDAD, RESPECTO AL AÑO INICIAL DE REFERENCIA DE LA TENDENCIA ESTUDIADA, SITUACION QUE NOS HACE REFLEXIONAR SOBRE LOS RESULTADOS OBJETIVOS DE LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. (VER CUADROS 30, 31, 32, 33, 34, 35 Y 36).

4.3.3 MORTALIDAD

LA MORTALIDAD ES CONSIDERADA COMO LA EXPRESION MAS EXTREMA DE LOS DAÑOS A LA SALUD.

LOS INFORMES INSTITUCIONALES CARACTERIZAN A LA MORTALIDAD EN MEXICO, EN UN DESCENSO PRONUNCIADO, SOBRE TODO EN EL INTERVALO 1930-1980 QUE SE MANIFIESTA ININTERRUMPIDO, AUNQUE CON LENTITUD EN EL AVANCE EN LA ULTIMA DECADA.

DICHO NIVEL. SE AFIRMA, SE VE REFLEJADO POR EL INDICADOR DE ESPERANZA DE VIDA EL QUE SEÑALA EL PRONUNCIADO DESCENSO DE LA MORTALIDAD AL HABERSE INCREMENTADO ENTRE 1930 Y 1980, 27.3 AÑOS EN POSIBILIDAD DE VIDA QUE SIGNIFICA UN 74% MAS DE VIDA PARA UN NIÑO NACIDO EN 1980. RESPECTO DE UN NIÑO NACIDO MEDIO SIGLO ANTES.

ESTE PLANTEAMIENTO LO COMENTA EL DR. LOPEZ ACUÑA " SI JUZGAMOS LA MORTALIDAD EN FORMA SIMPLISTA NOS QUEDARIAMOS CON UNA IMPRE-

CUADRO 30

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS.
INCIDENCIA. #

AMBITO	1984*	1985*	1986*	1987*	1988*
ESTADOS CON SER- VICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS	9367.07	11285.90	11235.36	12501.46	12632.38
ESTADOS CON SER- VICIOS DE SALUD NO DESCENTRALIZA- DOS	9176.52	10658.65	8424.68	9501.98	11463.41
NACIONAL	9383.26	10909.68	9495.18	10709.78	11967.55

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS, SSA, 1984 - 1988.

* TASA POR 100 000 HABITANTES.

PRINCIPAL ENFERMEDAD EN EL PERIODO ESTUDIADO 1984-88 DE ACUERDO A NO DE CASOS A NIVEL NACIONAL.

NOTA: LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SON: AGS, BCS, COL, GTO, GRO, JAL, MEX, MOR, N.L., QRO, Q.ROO, SON, TAB Y TLAX.

LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS, SON EL RESTO DE ENTIDADES DE LA REPUBLICA.

CUADRO 31

ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS.
INCIDENCIA.

AMBITO	1984*	1985*	1986*	1987*	1988*
ESTADOS CON SER- VICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS	3306.08	3605.30	3660.22	3657.30	3400.64
ESTADOS CON SER- VICIOS DE SALUD NO DESCENTRALIZA DOS	3066.94	3404.94	2584.66	2872.88	3027.14
NACIONAL	3161.89	3485.13	3018.31	3191.40	3180.28

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS, SSA, 1984 - 1988.

* TASA POR 100 000 HABITANTES

OCUPA EL SEGUNDO LUGAR DE MORBILIDAD NACIONAL DE 1984-88 SEGUN No DE CASOS.

NOTA: LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SON: AGS, BCS, COL, GTO, GRO, JAL, MEX, MOR, N.L., ORO, Q.ROO,
SON. TAB Y TLAX.
LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS, SON EL RESTO DE ENTIDADES DE LA REPUBLICA.

CUADRO 32

A M I B I A C I S
INCIDENCIA.

AMBITO	1984*	1985*	1986*	1987*
ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS	1252.76	1262.34	1494.84	1699.20
ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD NO DESCENTRALIZADOS	1026.05	785.77	768.71	928.42
NACIONAL	1116.07	976.50	1061.48	1241.36

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS, SSA, 1984 - 1988.

* TASA POR 100 000 HABITANTES

NOTA: LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SON: AGS, BCS, COL, GTO, GRO, JAL, MEX, MOR, N.L., QRO, O.ROO, SON, TAB Y TLAX.

LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS, SON EL RESTO DE ENTIDADES DE LA REPUBLICA.

CUADRO 33

**DIABETES MELLITUS
INCIDENCIA.**

AMBITO	1984*	1985*	1986*	1987*	1988*
ESTADOS CON SER- VICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS	55.28	39.01	146.24	141.85	135.90
ESTADOS CON SER- VICIOS DE SALUD NO DESCENTRALIZA DOS	82.36	60.95	167.31	193.36	169.40
NACIONAL	71.61	52.18	158.81	166.71	155.75

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS, SSA, 1984 - 1988.

* TASA POR 100 000 HABITANTES

NOTA: LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SON: AGS, BCS, COL, GTO, GRO, JAL, MEX, MOR, N.L., QRO, Q.ROO, SON, TAB Y TLAX.

LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS, SON EL RESTO DE ENTIDADES DE LA REPUBLICA.

CUADRO 34

**V A R I C E L A
I N C I D E N C I A**

AMBITO	1984*	1985*	1986*	1987*
ESTADOS CON SER- VICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS	80.32	100.56	135.85	139.28
ESTADOS CON SER- VICIOS DE SALUD NO DESCENTRALIZA DOS	64.65	70.71	84.98	113.96
NACIONAL	74.05	82.64	105.50	124.25

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS, SSA, 1984 - 1988.

* TASA POR 100 000 HABITANTES

NOTA: LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SON: AGS, BCS, COL, GTO, GRO, JAL, MEX, MOR, N.L., QRO, Q.ROO,
SON, TAB Y TLAX.

LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS, SON EL RESTO DE ENTIDADES DE LA REPUBLICA.

CUADRO 35

**NEUMONIAS.
INCIDENCIA.**

AMBITO	1984*	1985*	1986*	1987*
ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS	86.12	92.40	123.22	146.30
ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD NO DESCENTRALIZADOS	71.94	58.67	64.47	82.90
NACIONAL	77.57	72.18	88.54	108.68

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS, SSA, 1984 - 1988.

* TASA POR 100 000 HABITANTES

NOTA: LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SON: AGS, BCS, COL, GTO, GRO, JAL, MEX, MOR, N.L., QRO, Q.ROO, SON, TAB Y TLAX.

LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS, SON EL RESTO DE ENTIDADES DE LA REPUBLICA.

CUADRO 36

P A R O T I D I T I S .
INCIDENCIA.

<i>AMBITO</i>	<i>1984*</i>	<i>1985*</i>	<i>1986*</i>	<i>1987*</i>
<i>ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS</i>	<i>81.27</i>	<i>106.25</i>	<i>73.88</i>	<i>93.28</i>
<i>ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD NO DESCENTRALIZADOS</i>	<i>61.01</i>	<i>71.67</i>	<i>45.10</i>	<i>66.36</i>
<i>NACIONAL</i>	<i>69.06</i>	<i>85.52</i>	<i>56.71</i>	<i>77.30</i>

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS, SSA, 1984 - 1988.

** TASA POR 100 000 HABITANTES*

NOTA: LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SON: AGS, BCS, COL, GTO, GRO, JAL, MEX, MOR, N.L., QRO, Q.ROO, SON, TAB Y TLAX.

LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS, SON EL RESTO DE ENTIDADES DE LA REPUBLICA.

SION DE NOTABLE PROGRESO Y UNA TENDENCIA PROMISORIA DE LAS CON-
DICIONES DE SALUD EN EL PAIS Y NO HAY NADA MAS ALEJADO DE LA -
REALIDAD QUE ESE JUICIO. LO CIERTO ES QUE LA MORTALIDAD GENERAL
TIENDE A ESTACIONARSE Y EN CIERTA MEDIDA SU DESCENSO SE DEBE AL
CRECIMIENTO ACELERADO DE LA POBLACION, ASI COMO A SU REJUVENECI
MIENTO; SI LA ESTRUCTURA DE POBLACION DE MEXICO FUERA COMO LA -
DE ESTADOS UNIDOS O CANADA NUESTRA TASA DE MORTALIDAD SERIA DOS
O TRES VECES MAYOR A LA DE ESOS PAISES". (86)

"LA MORTALIDAD EN MEXICO CONSTITUYE EN REALIDAD UN FIEL REFLEJO
DE LA ORGANIZACION SOCIAL DEL PAIS, ESTAN PRESENTES EN UNA MAG-
NITUD ELEVADA MUERTES POR ENFERMEDADES CARACTERIZABLES COMO PA-
DECIMIENTOS DEL DESARROLLO.

SI COMPARAMOS LA MORTALIDAD EN MEXICO EN 1922, CON LAS DE 1950,
1960, 1974, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, ENCONTRAMOS QUE LAS
DOS PRINCIPALES CAUSAS EN CADA UNO DE ESTOS PERIODOS HAN SIDO
LAS MISMAS; ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL APARATO RESPIRATORIO Y
DIARREAS." (87)

AUNADA A UNA FRECUENCIA MUY ELEVADA DE MUERTE EN EDADES TEMPRAN-
NAS, RESALTANDOSE CON ESTO QUE UNA PARTE IMPORTANTE DE LA ES-
TRUCTURA DE LA MORTALIDAD EN MEXICO, ESTA COMPUESTA POR PADECI-
MIENTOS PREVENIBLES O POR LO MENOS REDUCTIBLES A TRAVES DE -
UNA INTERVENCION SANITARIO-ASISTENCIAL EFICIENTE POR UNA PARTE
Y POR LA OTRA POR EL GRADO DE ACCESIBILIDAD DE LA POBLACION A -
LOS SERVICIOS MEDICOS.

PASEMOS AL ANALISIS DE LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE
EN EL PAIS DE 1982 A 1986. (RECUERDESE QUE 1986, ES LA ULTIMA
INFORMACION DISPONIBLE EN LA MATERIA, TIENE CUATRO AÑOS DE RE-
TRASO EN SU ACTUALIZACION, ACLARANDO QUE 1985 Y 1986 CONSTITU-

(86) DANIEL LOPEZ ACUNA, IBIDEM, P. 38

(87) IBIDEM, P. 92

YEN AÑOS EN LOS QUE LA DESCENTRALIZACION YA HABIA OPERADO, LOS DEMAS AÑOS SON LOS ANTECEDENTES PARA PODER FORMAR UNA TENDENCIA).

OBSERVANDO EL CUADRO No.37, DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE ENCONTRAMOS QUE LAS DOS PRIMERAS CONSTITUIDAS POR LAS ENFERMEDADES INTESTINALES Y LA NEUMONIA PRESENTAN UNA TENDENCIA GENERAL A LA BAJA, LA CIRROSIS Y LOS INFARTOS SE MANTUVIERON CASI SIN MOVIMIENTO Y LA DIABETES MELLITUS SE INCREMENTO EN FORMA IMPORTANTE, 7.5 MUERTES POR 100 000 HABITANTES.

AUNQUE LA TENDENCIA DE LA MORTALIDAD GENERAL ES A LA BAJA EN LA ULTIMA DECADA CASI ES INSENSIBLE ESTE MOVIMIENTO (VER CUADRO No 38) EN SIETE AÑOS SOLO VARIO LA TASA POR DECIMAS.

EN EL ANALISIS ESPECIFICO DEL COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD POR ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS Y ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD NO DESCENTRALIZADOS (QUE ES EL QUE NOS INTERESA), ENCONTRAMOS QUE: EN LAS DOS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE (INFECCIONES INTESTINALES Y NEUMONIAS), LA TASA DE MORTALIDAD DE LOS DESCENTRALIZADOS FUE SUPERIOR A LA DE LOS NO DESCENTRALIZADOS Y SUPERIOR A LA TASA NACIONAL.

LO MISMO OCURRE CON LA MORTALIDAD POR CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL HIGADO.

PARA EL CASO DE LAS ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS REPRESENTADAS POR INFARTO Y DIABETES MELLITUS LA TASA DE LOS DESCENTRALIZADOS ES MENOR A LA DE LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS Y CON RESPECTO A LA TASA NACIONAL. (VER CUADROS 39 A 43).

CON ESTAS ESTADISTICAS VOLVEMOS A INTERROGARNOS SOBRE LOS RESULTADOS DE LA DESCENTRALIZACION, YA QUE EN LOS PADECIMIENTOS PREVENIBLES O REDUCTIBLES A TRAVES DE UNA ACCION EFICIENTE SANITARIO-ASISTENCIAL, ES DONDE NO MUESTRA SUS BONDADES DICHO PROCESO.

CUADRO 37

CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD A NIVEL NACIONAL.
(DE ACUERDO A No. DE CASOS).

CAUSAS DE MORTALIDAD	1982*	1983*	1984*	1985*	1986*
INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS	42.60	45.16	38.50	34.94	32.77
NEUMONIA	38.88	34.92	34.47	32.25	26.05
DIABETES MELLITUS	22.99	25.30	25.40	26.79	29.20
CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL HIGADO	21.93	22.25	21.63	22.13	20.23
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	18.55	22.25	19.36	20.42	19.21

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS SSA, 1984 -1988.

* TASA POR 100 000 HABITANTES.

NOTA: LA ULTIMA INFORMACION OFICIAL EXISTENTE DATA DE 1986, MOTIVO POR EL CUAL NO SE TRABAJÓ 1987 Y QUE FORMAN PARTE DE ESTUDIO.

CUADRO 38

MORTALIDAD GENERAL

ARO	TOTAL	TASA
1981	424 274	5.88
1982	412 345	5.65
1983	413 403	5.54
1984	410 981	5.39
1985	415 650	5.33
1986	413 315	5.19
1987	474 483	5.10

FUENTE: CUADERNO DE INFORMACION BASICA DEL SECTOR SALUD, SSA, 1987.

CUADRO 39

MORTALIDAD POR INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS.

AMBITO	1982*	1983*	1984*	1985*	1986*
ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS	65.44	50.43	39.26	35.39	34.97
ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD NO DESCENTRALIZADOS	60.73	41.71	37.79	34.26	32.77
NACIONAL	42.60	45.16	38.50	34.94	32.77

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS SSA, 1984 -1988.

* TASA POR 100 000 HABITANTES.

NOTA: LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SON: AGS, BCS, COL, GTO, GRO, JAL, MEX, MOR, N.L., QRO, Q.ROO, SON, TAB Y TLAX.

LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS, SON EL RESTO DE ENTIDADES DE LA REPUBLICA.

CUADRO 40

MORTALIDAD POR NEUMONIA.

AMBITO	1982*	1983*	1984*	1985*	1986*
ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS	46.64	43.56	41.90	39.75	30.95
ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD NO DESCENTRALIZADOS	26.21	29.32	29.57	27.23	22.71
NACIONAL	36.88	34.92	34.47	32.25	26.05

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS SSA, 1984 -1988.

* TASA POR 100 000 HABITANTES.

NOTA: LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SON: AGS, BCS, COL, GTO, GRO, JAL, MEX, MOR, N.L., QRO, Q.ROO, SON, TAB Y TLAX.

LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS, SON EL RESTO DE ENTIDADES DE LA REPUBLICA.

CUADRO 41

MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS.

AMBITO	1982*	1983*	1984*	1985*	1986*
ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS	20.00	22.69	23.41	24.41	27.98
ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD NO DESCENTRALIZADOS	24.80	26.91	26.71	28.37	29.96
NACIONAL	22.99	25.30	25.40	26.79	29.20

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS SSA, 1984 -1988.

* TASA POR 100 000 HABITANTES.

NOTA: LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SON: AGS, BCS, COL, GTO, GRO, JAL, MEX, MOR, N.L., QRO, Q.ROO, SON, TAB Y TLAX.

LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS, SON EL RESTO DE ENTIDADES DE LA REPUBLICA.

CUADRO 42

MORTALIDAD POR CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL HIGADO.

AMBITO	1982*	1983*	1984*	1985*	1986*
ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS	22.18	22.65	21.89	21.38	20.73
ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD NO DESCENTRALIZADOS	18.72	21.80	21.45	22.56	19.84
NACIONAL	21.93	22.25	21.63	22.13	20.23

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS SSA, 1984 -1988.

* TASA POR 100 000 HABITANTES.

NOTA: LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SON: AGS, BCS, COL, GTO, GRO, JAL, MEX, MOR, N.L., QRO, Q.ROO, SON, TAB Y TLAX.

LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS, SON EL RESTO DE ENTIDADES DE LA REPUBLICA.

CUADRO 43

MORTALIDAD POR INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.

AMBITO	1982*	1983*	1984*	1985*	1986*
ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS	18.36	18.27	18.21	19.78	18.15
ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD NO DESCENTRALIZADOS	18.41	19.12	20.11	20.84	19.59
NACIONAL	18.55	22.25	19.36	20.42	19.21

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS SSA, 1984 -1988.

* TASA POR 100 000 HABITANTES.

NOTA: LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SON: AGS, BCS, COL, GTO, GRO, JAL, MEX, MOR, N.L., QRO, Q.ROO, SON, TAB Y TLAX.

LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS, SON EL RESTO DE ENTIDADES DE LA REPUBLICA.

ESTE ES EL PANORAMA GENERAL DE SALUD DE LOS ULTIMOS AÑOS, ALGUNOS AUTORES COMPARAN ESTE COMPORTAMIENTO DE ENFERMEDAD, MUERTE CON EL DE PAISES EUROPEOS EN LAS FASES INICIALES DE LA REVOLUCION INDUSTRIAL, Y QUE DESDE NUESTRO PUNTO DE VISTA NO ES OTRA COSA QUE EL REFLEJO, POR UNA PARTE DE LA SITUACION ECONOMICA Y SOCIAL DEL PAIS Y POR OTRA DEL ATRASO SANITARIO ASISTENCIAL O BIEN DE LA FALTA DE EFICIENCIA CON QUE OPERAN LAS INSTITUCIONES DE SALUD A POBLACION ABIERTA EN EL PAIS.

EN EL AMBITO QUE NOS OCUPA, QUE ES EL COMPORTAMIENTO DE ESTADOS CON SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS EN COMPARACION CON LOS NO DESCENTRALIZADOS, NOS ENFRENTAMOS A UNA REALIDAD POR LO MENOS ESTADISTICA APLASTANTE (PRESENTANDO MEJORES NIVELES DE SALUD LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS RESPECTO DE LOS DESCENTRALIZADOS), Y SI SE SUMA A ESTO TODOS LOS RECURSOS SUMINISTRADOS AL PROCESO DESCENTRALIZADOR (HUMANOS, MATERIALES, FINANCIEROS OTORGADOS A LOS ESTADOS PARTICIPANTES), SE EVIDENCIA EL EFECTO DE VACIO DE LOS RECURSOS APLICADOS Y EN GENERAL DEL PROPIO PROCESO DEJANDO LA OPERACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MISMA POSICION EN QUE SE ENCONTRABAN Y EN CONSECUENCIA DEJANDO SIN RESPUESTA - LAS NECESIDADES SOCIALES DE SALUD DE LA POBLACION ABIERTA.

CONCLUSIONES

EL RESULTADO DEL PRESENTE TRABAJO NOS PERMITE CONFIRMAR NUESTRA TESIS Y AFIRMAR QUE EL PROCESO DE DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD SE CONCIBIO, SE CONSTITUYO Y OPERO BASICAMENTE COMO UN ELEMENTO POLITICO GENERADOR DE CONSENSO SOCIAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA LEGITIMACION Y CONTROL POLITICO DEL GOBIERNO FEDERAL, MAS QUE EN UN ELEMENTO POLITICO-ADMINISTRATIVO DE RESPUESTA Y RESOLUCION DE NECESIDADES SOCIALES DE SALUD EN EL PAIS.

ASEVERACION QUE TRATA DE DESTACAR QUE LOS HECHOS SE CONTRAPONEN AL DISCURSO POLITICO.

POR QUE DECIMOS QUE LA DESCENTRALIZACION SE CONSTITUYO EN UN ELEMENTO DE CONSENSO SOCIAL Y CON ELLO DE LEGITIMACION DEL GOBIERNO.

EL CONCEPTO DE DESCENTRALIZACION FUE UNO DE LOS RECURSOS EN QUE SE APOYO EL DISCURSO POLITICO DE LA ADMINISTRACION 82-88 DEL GOBIERNO FEDERAL, PARA EFECTUAR EL CAMBIO DE ESTRUCTURA ECONOMICA EN EL PAIS, Y HACER A TRAVES DE ESTA POLITICA DESCENTRALIZADORA MENDAS VISIBLES LAS MODIFICACIONES QUE EL NUEVO MODELO CONLLEVA; QUE IMPLICAN LA CONCLUSION DEL ESTADO DE BIENESTAR Y REGULADOR DE LA ECONOMIA DE LOS ULTIMOS 40 ANOS, PARA DAR PASO A LA NEOLIBERALIZACION EN ESTE AMBITO (DESINCORPORANDO VELOZMENTE LAS AREAS ECONOMICAS MAS ACTIVAS DEL ESTADO) Y JUSTIFICAR SOCIALMENTE LA ANULACION DE SU INTERVENCION.

ESTO SIGNIFICA QUE LA ADMINISTRACION ESTATAL, CAMBIA EL MODELO DE DESARROLLO ECONOMICO PREVALECIENTE EN LAS DECADAS 50-70 DETERMINADO POR UN PAPEL INTERVENCIONISTA Y DE LAS ESTRATEGIAS NEOKEYNESIANAS, PARA DAR PASO A LA CORRIENTE DE PENSAMIENTO ECONOMICO DEFINIDA POR MILTON FRIEDMAN QUE POSTULA AL MERCADO COMO

EL MECANISMO INSUSTITUIBLE PARA ASIGNAR LOS RECURSOS EN EL SISTEMA SOCIO, ECONOMICO, LA MINIMIZACION DEL PAPEL DEL ESTADO A SUS FUNCIONES DE GENDARME, UNA ESTRICTA ORTODOXIA MONETARIA Y EL EQUILIBRIO DEL PRESUPUESTO PUBLICO, COMO FUNDAMENTOS DE UN CAMBIO TENDIENTE A ELIMINAR O DISMINUIR SENSIBLEMENTE LA INFLACION Y EL ESTANCAMIENTO Y PROMOVER EL CRECIMIENTO ECONOMICO.

CAMBIO QUE DENTRO DEL CONTEXTO INTERNACIONAL REGRESA A NUESTROS PAISES A FORMAS PROPIAS DEL MODELO DESARROLLO-SUBDESARROLLO Y CUYOS EFECTOS SE DEJAN SENTIR EN EL CAOTICO DETRIMENTO DE LOS NIVELES DE VIDA DE LAS MAYORIAS, OCASIONADO POR LA INSTRUMENTACION DE ESTAS POLITICAS ECONOMICAS, LAS QUE GENERAN INEVITABLEMENTE EL DEBILITAMIENTO DE LA LEGITIMIDAD GUBERNAMENTAL (COMO LO DEMOSTRARON LA ELECCIONES DE 1988).

ES DENTRO DE ESTA COYUNTURA ECONOMICA CONFLICTIVA DE INFLACION Y RUGNA DISTRIBUTIVA POR EL EXEDENTE, EN QUE EL GOBIERNO INTENTA DETENER PROCESOS QUE TIENDAN A DESVIARSE A TRAVES DE LA ACELERACION DE PROYECTOS "MODERNIZADORES Y REIVINDICADORES DEL PAC TO" PERO QUE BASICAMENTE ESTAN FUNDADOS CON EL PROPOSITO DE EXCLUIR EL DESORDEN POLITICO, ECONOMICO Y SOCIAL (VIOLENCIA) Y A LA PAR PROFUNDIZAR CON ESTOS MECANISMOS EL DESARROLLO CAPITALISTA APOYANDO EL PROCESO DE ACUMULACION DE CAPITAL E INSERTANDO AL PAIS EN EL DESARROLLO CAPITALISTA INTERNACIONAL.

LA IMAGEN OBJETIVO QUE SE PLANTEA ALCANZAR ES EL ORDEN LA SEGURIDAD Y RIQUEZA NACIONAL, LA CUAL SE DICE, DEMANDA ESFUERZOS.

ES EN ESTE CONTEXTO EN EL QUE EL PROCESO DE DESCENTRALIZACION DE SERVICIOS DE SALUD, QUE CONLLEVA TEORICAMENTE LA AMPLIACION DE LA SOLIDARIDAD SOCIAL Y CON ELLA LA EFECTIVIDAD AL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD, SE CONVIERTE EN ELEMENTO DE GRAN IMPORTANCIA PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS DE INTEGRACION NACIONAL POR SU RELACION CON LOS CONCEPTOS DE JUSTICIA SOCIAL, EQUIDAD, PARTICIPACION Y DISTRIBUCION DE LA RIQUEZA ECONOMICA; PUES AL PRE-

SENTAR A LA SALUD COMO UNA META ALCANZADA Y UN MEJOR NIVEL DE VIDA, SE LE DOTA A ESTA DE UNA VALORACION SOCIAL QUE ACTUA EN LA CONCIENCIA DEL INDIVIDUO, CONVENCIENTODLE DE QUE SU SALUD ESTA ASEGURADA A TRAVES DE LOS SERVICIOS QUE EL ESTADO OTORGA; ESTO HACE AL SISTEMA OBTENER CONSENSO SOCIAL Y CON ELLO LEGITIMAR SE Y SIN DIFICULTAD ALGUNA, CONTINUAR CON EL ESQUEMA ECONOMICO PREVISTO Y CONTROLAR EL DESARROLLO DE LA VIDA SOCIAL.

POR QUE DECIMOS QUE LA DESCENTRALIZACION SE CONSTITUYO ASI MISMO EN UN ELEMENTO DE CONTROL POLITICO DE LA FEDERACION.

EL GOBIERNO EN SU DISCURSO POLITICO ASEVERA, APOYAR EL PROCESO DE DESCENTRALIZACION DE LA VIDA NACIONAL Y CON ESTE FORTALECER EL FEDERALISMO.

SI SOMOS OBJETIVOS DESDE UN CONCEPTO MERAMENTE ECONOMICO, EL ESTADO ACTUO DESCENTRALIZANDO, ESTO ES, LLEVO A CABO LA DESINCORPORACION DE LAS AREAS MAS DINAMICAS Y PRODUCTIVAS DEL ESTADO.

ESTE CONCEPTO ASI MISMO SE CONSTITUYO EN UN MEDIO DEL PROPIO ESTADO PARA INDUCIR EN EL AREA DE LOS SERVICIOS SU FILOSOFIA DE SUBSIDIARIDAD Y DESCARGAR CON ELLO SOCIALMENTE AL GOBIERNO CENTRAL, DE PARTE DE UNA RESPONSABILIDAD CONSIDERADA SECUNDARIA (LA SALUD) A PESAR DE LAS DECLARACIONES CONTRARIAS. (GENERADO ESTO POR UN PROCESO DE REASIGNACION DE RECURSOS EN EL QUE LAS PRIORIDADES SE VEN SUSTITUIDAS POR REQUERIMIENTOS DEL PROCESO ECONOMICO Y POLITICAS IMPUESTAS POR ORGANISMOS INTERNACIONALES FINANCIEROS, FMI).

PERO SI NOS SITUAMOS EN EL PLANO DE LA ADMINISTRACION PUBLICA CENTRAL ESPECIFICAMENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA, SERVICIOS MINIMOS DE SOLIDARIDAD SOCIAL QUE AUN CONSERVA EL ESTADO, PESE AL DISCURSO POLITICO DESCENTRALIZADOR Y AL

PROCESO INSTRUMENTADO EN FAVOR DE ESTE, LA FEDERACION CONTINUO TOMANDO LAS DECISIONES FUNDAMENTALES.

ESTE HECHO ESTA CONDICIONADO EN PARTE COMO YA SE HA COMENTADO POR EL CONTEXTO ECONOMICO QUE MAS QUE NUNCA EXIGE UN ESTADO - FUERTE, CON GOBIERNO TECNOCRATICO Y CENTRALIZADO Y POR OTRA PARTE ESTA CONDICIONADO POR LOS YA INHERENTES ANTECEDENTES POLITICOS E HISTORICOS DE NUESTRO FEDERALISMO. EN EL CUAL LA FEDERACION "ORIENTA" LAS DECISIONES ESTATALES Y NO SUELTA LAS RIENDAS DEL DESARROLLO NACIONAL ARGUMENTANDO SU FUERTE INTERVENCION EN TANTO LAS ENTIDADES FEDERATIVAS "DESARROLLEN CAPACIDAD POLITICA Y ADMINISTRATIVA" PARA MANEJAR RECURSOS; CAPACIDAD QUE NUNCA SE TERMINA DE DESARROLLAR EJERCIENDOSE UN FUERTE CONTROL ADMINISTRATIVO QUE EMINENTEMENTE DERIVA EN UN FUERTE CONTROL POLITICO.

REVISEMOS LOS RECURSOS MAS IMPORTANTES QUE UTILIZA PARA ELLO.

EL CONTROL ADMINISTRATIVO Y CON ELLO EL CONTROL POLITICO LO LOGRA LA FEDERACION POR EL EJERCICIO DE UNA AUTORIDAD CENTRAL QUE SE CONTRAPONA A LAS DECISIONES DEL GOBIERNO DE LA ENTIDAD FEDERATIVA; ESTO ES LA FEDERACION SE SIGUE CONSTITUYENDO EN UN PODER REAL AL MARGEN DE LA POLITICA LOCAL, AMPARADO ESTO EN LA - OBSCURIDAD CONSTITUCIONAL DEL ARTICULO 124, EL CUAL NO DEFINE CON CLARIDAD LOS LIMITES (ATRIBUCIONES), DEL ESTADO FEDERAL Y - LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA FEDERACION.

EL CONTROL ADMINISTRATIVO Y CON ELLO EL CONTROL POLITICO LO LOGRA LA FEDERACION POR LA RETENCION FEDERAL DE FACULTADES PATRONALES RESPECTO DE UN PORCENTAJE ELEVADO DE PERSONAL QUE LABORA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.

EL CONTROL ADMINISTRATIVO Y CON ELLO EL CONTROL POLITICO LO LOGRA LA FEDERACION A TRAVES DE LA IMPOSICION DE SINDICATOS NACIONALES EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, PROVOCANDO QUE SE SOBREPON-

GAN PODERES EXTRA CONSTITUCIONALES A LAS DECISIONES DE LOS GOBIERNOS DE LOS ESTADOS.

EL CONTROL ADMINISTRATIVO Y CON ELLO EL CONTROL POLITICO LO LOGRA LA FEDERACION PORQUE CONSERVA EL PODER REAL ECONOMICO (FISCAL) ESTO ES DE APROBAR MONTOS DE PRESUPUESTO, DE SUBENCIONAR O NO A LA ENTIDAD FEDERATIVA, DE INVERTIR O NO EN ELLA, GENERANDO CON ESTO LA DEPENDENCIA ECONOMICA ESTATAL.

EL CONTROL ADMINISTRATIVO Y CON ELLO EL CONTROL POLITICO LO LOGRA LA FEDERACION A TRAVES DE LAS TECNICAS JURIDICAS QUE APLICA PARA LLEVAR A CABO EL FEDERALISMO (CASO TECNICA CONVENCIONAL - CUD Y DESCENTRALIZACION) A TRAVES DE LAS CUALES ASIGNA VALORES AL PROCESO NACIONAL, ORIENTANDO ASI A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS EN LAS REGLAS E INTERESES DEL ESTADO TOTAL (UNITARIO).

LOS RESULTADOS UN INCREMENTO DE LA CENTRALIZACION, UNA SOFISTICACION DEL CONTROL POLITICO Y ADMINISTRATIVO, AUN CUANDO LA INTENCION DECLARADA HAYA SIDO LA DE FORTALECER EL FEDERALISMO VIA DE LA DESCENTRALIZACION DE LA VIDA NACIONAL.

REITERANDO QUE ESTA PROPENSION A LA CENTRALIZACION POLITICA DEL PODER SE VE INEVITABLEMENTE REFORZADA POR LOS PROCESOS ECONOMICOS Y SOCIALES DE UN CAPITALISMO DEPENDIENTE COMO EL NUESTRO Y POR LA PROPIA CONFORMACION DEL SISTEMA POLITICO MEXICANO.

ES ASI COMO OBSERVAMOS QUE LOS FENOMENOS DE SALUD TAMBIEN REVELAN LA ESENCIA Y DINAMICA DEL ESCENARIO POLITICO, ECONOMICO Y SOCIAL DEL PAIS.

POR QUE CONCLUIMOS QUE LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO SE CONSTITUYO EN UN INSTRUMENTO ADMINISTRATIVO DE RESOLUCION DE NECESIDADES.

. EL CAMBIO ADMINISTRATIVO PROPUESTO, DENTRO DE UN CONTEXTO DE CAMBIO ECONOMICO QUE EXIGE CONTRARIAMENTE AL PROCESO DESCENTRALIZADOR LA EXISTENCIA DE UN ESTADO FUERTE, CON UN GOBIERNO TECNOCRATICO Y CENTRALIZADO AL FRENTE, QUIEN APLICA UNA POLITICA RECESIVA DEL GASTO SOCIAL EN SALUD, AUNADO A UNA POLITICA DE DESPLAZAMIENTO DE SU RESPONSABILIDAD SOCIAL HACIA DIVERSOS SECTORES SOCIALES, CONLLEVA EN TERMINOS OBJETIVOS A LA PARALISIS DEL ESTADO COMO INSTRUMENTADOR DEL DERECHO A LA SALUD Y A LA CANCELACION DEL PROCESO DESCENTRALIZADOR EN TERMINOS REALES; PE SE A QUE EN EL DISCURSO GUBERNAMENTAL SE SOSTIENE LA NECESIDAD Y PRIORIDAD HACIA LAS POLITICAS SOCIALES.

. EL PROCESO DESCENTRALIZADOR AL IGUAL QUE DIVERSOS PROYECTOS - EN LA MATERIA REALIZADOS A LA FECHA, HAN OBEDECIDO BASICAMENTE A UNA NECESIDAD DEL CONTEXTO POLITICO DEL PAIS, A TRAVES DE LOS CUALES EL ESTADO HA BUSCADO BASICAMENTE LA OBTENCION DE CONSENSO POLITICO Y HEGEMONICO PARA COORDINAR SIN DIFICULTAD EL DESARROLLO DE LA VIDA SOCIAL, PASANDO A SER UN ASPECTO SECUNDARIO LA RESOLUCION REAL DE LOS REQUERIMIENTOS DE SALUD DE LA POBLACION ABIERTA (MARGINADOS) TRASTOCANDOSE ASI LA FINALIDAD FUNDAMENTAL O PRIMARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y PROYECTANDOSE ESTO EN LA INELASTICIDAD DE LOS RESULTADOS.

. LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, POR LA FORMA EN QUE SE LLEVO A CABO SE CONSTITUYO PRIMORDIALMENTE EN UN ACTO DE TECNICA JURIDICO-ADMINISTRATIVA, ESTO ES, EN UNA ACCION MERA MENTE COSMETICA QUE AFECTO LA FORMA PERO NO EL FONDO DE LA OPERACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD (LOS DEJO EN LA MISMA POSICION EN LA QUE SE ENCONTRABAN ANTES DEL ACTO DESCENTRALIZADOR EN RELACION A PROCESOS Y RESULTADOS), DEBIDO A QUE LA MODALIDAD ELEGIDA, LA DESCENTRALIZACION FUNCIONAL, ACOMPAÑADA DEL IMPORTANTE CONCEPTO DE TUTELA, ES PROPIA DE LA CONCEPCION Y MANEJO DE UN PAIS CENTRALIZADO Y NO DE UN PAIS FEDERAL COMO EL NUESTRO; Y -

AUNQUE SABEMOS QUE ESTE, ES FEDERAL EN LO FORMAL Y CENTRALIZADO EN LO OPERATIVO, LA ELECCION DE APLICAR LA DESCENTRALIZACION - FUNCIONAL (CON UN MANEJO ORTODOXO) DEJA SIN EFECTO CUALQUIER CAMBIO DE FONDO A LA ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD; YA QUE EL ORGANO CREADO (SERVICIOS ESTATALES), AL QUE SE APLICO LA DESCENTRALIZACION FUNCIONAL, NO REPRESENTA OTRA COSA QUE UNA PROLONGACION DE LA ADMINISTRACION CENTRAL, LA QUE EJERCE UNA TUNELA INTENSA SOBRE EL ENTE CREADO, EXPRESADA ESTA POR UNA ESTRECHA RELACION DE DEPENDENCIA Y DISPONIENDO DICHA ADMINISTRACION CENTRAL DE PODERES PARA INTERVENIR EN EL SENO DEL ENTE E INCLUSO DIRIGIR SU PROPIA ACTIVIDAD, CONSERVANDO PARA SI PODERES, COMO EL DE JERARQUIA, FISCALIZACION Y CONTROL, ASI COMO EL DERECHO DE RETIRAR LAS POSIBILIDADES DE ACTUACION DE DICHS ORGANOS EN CUALQUIER MOMENTO.

MOTIVO POR EL CUAL SE DICE QUE LA PERSONALIDAD JURIDICA DEL NUEVO ENTE, NO ES OTRA COSA MAS QUE UNA CONVENCION TECNICA JURIDICA, YA QUE ESTA NO EVITA QUE EL ENTE PIERDA LA ESTRECHA RELACION DE DEPENDENCIA CON EL ORGANO CENTRAL.

LUEGO ENTONCES LA DESCENTRALIZACION NO SE DA EN ABSOLUTO, AUNQUE LA OPERACION POLITICA LA PRESENTE COMO TAL.

. LA DESCENTRALIZACION APLICADA A LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA, POR LAS CARACTERISTICAS INHERENTES YA DEFINIDAS, NO SE CONSTITUYO EN EL ELEMENTO PROPICIO PARA REVERTIR LAS TENDENCIAS CENTRALIZADORAS COMO SE ESPERABA Y CON ELLO REDUCIR LA BRECHA ENTRE EL NIVEL EN QUE SE TOMAN LAS DECISIONES Y EL NIVEL EN QUE SE DAN LOS PROBLEMAS, ESTO ES, NO REDEFINIO LAS RELACIONES CENTRO-PERIFERIA DEBIDO A QUE NO MODIFICO EL MANEJO Y REGULACION DE LOS RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS), NI DOTO DE UN NUEVO SIGNIFICADO A LOS MECANISMOS DE CONTROL, NI TRANSFIRIO PARTE DE LA CAPACIDAD DE DECISION, LO QUE SIGNIFICA EN TERMINOS GENERALES QUE EL PROCESO DESCENTRALIZADOR NO CONLLE

VO LA MODIFICACION ESTRUCTURAL DE LA ORGANIZACION; SINO POR EL CONTRARIO SE ENCAMINO HACIA LA EXCESIVA EMISION DE NORMATIVIDAD (PROCEDIMIENTOS, CONTROLES, AUDITORIAS.. ASPECTOS QUE TIENDEN MAS HACIA UNA RACIONALIDAD ADMINISTRATIVA, CONTABLE) QUE PERMITIO QUE SE MANTUVIERAN Y REFORZARAN CURSOS DE ACCION ESTABLECIDOS Y SE CONSERVARA Y REFORZARA EL CONTROL CENTRAL.

. COMO LOS MECANISMOS DE ASIGNACION REAL DE RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS) SE CONTINUARON DEFINIENDO Y MANEJANDO EN LA FORMA TRADICIONAL, NO PUDDO MODIFICARSE LA OFERTA DE SERVICIOS, ESTO SE REFLEJA EN LA INSENSIBILIDAD DE LOS INDICES DE SALUD (MORBILIDAD, MORTALIDAD, COBERTURA), A PESAR DEL PROCESO - "DESCENTRALIZADOR"; CONLLEVANDO ESTO AL ESCASO LOGRO DE OBJETIVOS DE EXTENSION DE COBERTURA, MEJORIA DE LOS SERVICIOS Y CON ELLO DEL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD, META CONFORME A UN ESPIRITU DE JUSTICIA SOCIAL, DONDE REALMENTE DEBIO DE HABER ADQUIRIDO SU SIGNIFICADO LA POLITICA DESCENTRALIZADORA.

. OTRO ELEMENTO PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PODER CENTRAL LO - CONSTITUYO LA METODOLOGIA JURIDICA UTILIZADA PARA CONCERTAR CON LOS ESTADOS EL PROCESO DESCENTRALIZADOR (VIA CONVENCIONAL), YA QUE POR ESTA TECNICA NO SE REDISTRIBUYEN COMPETENCIAS CONSTITUCIONALES (LEGISLATIVAS), ENTRE EL NIVEL ESTATAL Y EL FEDERAL, - SINO QUE UNICAMENTE SE REDISTRIBUYEN COMPETENCIAS ADMINISTRATIVAS (SUJETANDO A LOS ESTADOS A LO CONVENIDO CASO CUD), ESTABLECIENDO ASI LA FEDERACION UN PROCESO LO SUFICIENTEMENTE FLEXIBLE PARA REVERTIRLO EN CUALQUIER MOMENTO, CABE SEÑALAR QUE LOS CONVENIOS SON ABDICABLES, NO HAY OBLIGACION JURIDICA DE CUMPLIRLOS REPRESENTAN SOLO UNA VIA ADMINISTRATIVA, POR LO QUE PODEMOS AFIRMAR QUE LA VIA CONVENCIONAL MERMA EL CARACTER COEXTENSO DEL FEDERALISMO.

.UN ELEMENTO MAS QUE COADYUVA A QUE EL PROCESO DESCENTRALIZADOR APAREZCA COMO UN DISCURSO DIVORCIADO DE LA REALIDAD ES LA IDENTIFICACION DE LA PREVALENCIA DE INFLUENCIAS Y NECESIDADES CORPORATIVAS EN DICHO PROCESO, QUE SIGNIFICA ESTO: QUE EL COMPROMISO TECNICO, POLITICO DE LA DESCENTRALIZACION SE DEFINIO, ESTABLECIO Y OPERO DENTRO DE INSTITUCIONES CENTRALES (SIN CONSENSO ESTATAL, NI SOCIAL) CREANDOSE UN VERDADERO IMPERIALISMO BUROCRATICO FORMADO POR INSTITUCIONES, DIRECCIONES, GRUPOS, ASESORES, MECANISMOS, QUE EN SU ACTUACION SE CONSOLIDARON NEUTRALIZANDO LAS INFLUENCIAS DESTINADAS A MODIFICAR EL SISTEMA DE SALUD.

. POR ULTIMO NO PODEMOS NEGAR LA GRAN IMPORTANCIA SOCIAL QUE REVISTE EL PROYECTO DESCENTRALIZADOR COMO ELEMENTO PARA LOGRAR UNA COBERTURA TOTAL Y UNA MEJORIA DE SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA, POR SU RELACION CON CONCEPTOS DE BIENESTAR Y JUSTICIA SOCIAL.

SIN EMBARGO POR EL ANALISIS DE DICHO PROCESO Y POR SUS RESULTADOS EN LA SALUD SE CONCLUYE QUE ESTA ESTRATEGIA ADOPTADA PARA DESARROLLAR EL DERECHO SOCIAL A LA SALUD, ESTUVO LIMITADA EN SUS ALCANCES Y PROFUNDIDAD POR LA PROPIA ESTRUCTURA DEL PAIS, - ESTO ES, RESOLVER PROBLEMAS DE SALUD A TRAVES DE UNA ESTRATEGIA COMO LA DESCENTRALIZACION TUVO POR PROPIO LIMITE LA ESTRUCTURA DE PODER DE GRUPOS INSTITUCIONALES Y LA PRESENCIA DE UN ESTADO FUERTE, AUNADO A QUE LA SOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD (DE FONDO) DEPENDEN DE OTROS FACTORES FUERA DEL ALCANCE DE LA MEDICINA Y LA ADMINISTRACION QUE SE SITUAN EN EL PLANO MERAMENTE ECONOMICO. (EMPLEO, ALIMENTACION, VIVIENDA, SERVICIOS).

POR LO QUE EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION ASI COMO OTROS LLEVADOS A CABO DE EXTENSION DE COBERTURA, NO HAN RESUELTO LOS PROBLEMAS COLECTIVOS DE SALUD ESTO ES ASI PORQUE INTERVIENEN FACTORES POLITICOS, ECONOMICOS Y ADMINISTRATIVOS PROPIOS DE LA FORMACION DEL ESTADO MEXICANO.

REAFIRMAMOS :

. LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE SE LLEVO A CABO EN LA SSA, CORRESPONDIO A LA QUE EN TERMINOS NORMALES SE LLEVARIA ACABO EN UN PAIS CENTRALIZADO Y NO LA QUE DEBIO DE REALIZARSE EN UN ESTADO FEDERAL YA QUE DESDE ESTA ULTIMA PERSPECTIVA, LA DESCENTRALIZACION DEBIO DE IMPLICAR UN CAMBIO EN EL REPARTO DEL PODER, EL ACCESO DE NUEVAS ELITES, LA MODIFICACION GENERAL DE LAS REGLAS DEL JUEGO, Y DESDE UN PUNTO DE VISTA POLITICO DEBIO DE CONTRIBUIR A LA DISTRIBUCION DE LA RIQUEZA ECONOMICA; LO QUE REALMENTE SE LLEVO A CABO ANALIZANDO EL PROCESO DESDE UN PUNTO DE VISTA ORTODOXO, FUE UN REFORZAMIENTO DE LA DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA EXISTENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y QUIZA HASTA CIERTO PUNTO LA MODERNIZACION OPERATIVA BUROCRATICA.

. LA DESCENTRALIZACION FUE PRINCIPALMENTE UN EJERCICIO POLITICO ADMINISTRATIVO QUE NO ALCANZO SU CABAL SENTIDO EN TERMINOS DE SALUD. SIN EMBARGO SE CONSTITUYO EN UNO MAS DE LOS INSTRUMENTOS A TRAVES DEL CUAL EL ESTADO ACTUO Y OBTUVO CONSENSO SOCIAL (LEGITIMIDAD) QUE LE PERMITIO LA CONDUCCION PACIFICA DEL DESARROLLO DE LA VIDA SOCIAL, A PESAR DEL VIOLENTO DETRIMENTO DEL NIVEL DE VIDA OCASIONADO POR LA POLITICA ECONOMICA DE CAMBIO ESTRUCTURAL.

. POR ULTIMO, QUEREMOS HACER LA CONSIDERACION DE QUE LA ADMINISTRACION PUEDE JUGAR UN PAPEL IMPORTANTE EN LA ELEVACION DEL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION, SIEMPRE Y CUANDO SE APARTE DEL ENFOQUE CUYO ENFASIS ESTA EN MEJORAR UNICAMENTE LA EFICIENCIA FORMAL DE LA BUROCRACIA Y SIN OLVIDAR QUE LOS SERVICIOS DE SALUD TIENEN QUE RESOLVER PRESIONES POLITICAS Y SOCIALES QUE EXIGEN COBERTURA UNIVERSAL Y PRESIONES DE POLITICA ECONOMICA QUE DEMANDAN LA EFICIENCIA EN EL USO DE LOS RECURSOS.

PROPUESTA

UNO DE LOS DESAFIOS MAS IMPORTANTES EN EL CAMPO DE LA SALUD SOCIAL EN LA ACTUALIDAD ES EL DE ENCONTRAR MECANISMOS EFICIENTES PARA LOGRAR LA COBERTURA UNIVERSAL Y LA MEJORIA DE LOS SERVICIOS, SOBRE TODO EN UNA COYUNTURA ECONOMICA COMO LA EXISTENTE EN QUE EL ESTADO HA MODIFICADO SU PAPEL TRADICIONAL BIENESTARISTA, ADHIRIENDOSE AL MODELO NEOLIBERAL, EL QUE COMO YA VIMOS POSTULA AL MERCADO LIBRE COMO EL MECANISMO INSUSTITUIBLE PARA ASIGNAR RECURSOS EN EL SISTEMA SOCIAL Y EL QUE POSTULA TAMBIEN QUE LA PROPIA SOCIEDAD DEBE DE ENCONTRAR POR SI MISMA, LOS MECANISMOS DE ABSORCION Y REGULACION DE SUS PROPIAS NECESIDADES, AUNQUE NO DESCARTA LA POSIBILIDAD DE QUE EL ESTADO PROPORCIONE SERVICIOS MINIMOS DE SOLIDARIDAD SOCIAL (DIRIGIDOS A LOS ESTRATOS MAS EMPOBRECIDOS DE LA ESTRUCTURA SOCIAL) ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRA LA SALUD, PERO SIN QUE ESTO SE LLEVE A CABO CON DEFICIT FISCAL, SINO QUE ESTOS SERVICIOS OPEREN UNICAMENTE CON EL PRESUPUESTO ASIGNADO, DERIVADO DE LA RECOLECCION DE FONDOS DEL SISTEMA IMPOSITIVO Y MANEJADO DE LA MANERA MAS EFICIENTE.

MODELO QUE PARA EL AMBITO DE LA SALUD, IMPLICA LA INTRODUCCION DEL CONCEPTO DE SUBSIDIARIDAD SOCIAL Y LA REDUCCION EN TERMINOS REALES DEL PRESUPUESTO A LAS INSTITUCIONES DE SALUD. (EN CONCRETO A LOS SERVICIOS A POBLACION ABIERTA QUE SON LOS QUE NO ESTAN LIGADOS DIRECTAMENTE CON EL PROCESO PRODUCTIVO).

ES EN ESTE CONTEXTO DE PRESION ECONOMICA POR EL USO DE RECURSOS DE EFICIENCIA Y DE PRESION POLITICA POR LA AMPLIACION DE COBERTURA (YA QUE EL MODELO ECONOMICO EN OPERACION POR LA DISTRIBUCION PRESUPUESTAL REGRESIVA QUE CONLLEVA ABRE UNA BRECHA MAS AMPLIA ENTRE CLASES SOCIALES), EN QUE URGE OBTENER RESULTADOS.

CABE ACLARAR QUE LA SOLUCION TOTAL AL PROBLEMA DE SALUD DE LA POBLACION ABIERTA, ES DIFICIL LLEVARSE A CABO DADAS LAS CARACTERISTICAS DEL SISTEMA SOCIAL EN EL QUE ESTAMOS INMERSOS (CAPITALISMO, EN DONDE LAS CONDICIONES MATERIALES DE VIDA SE EXPRESAN EN TORNO AL INGRESO Y ESTE PROVOCA UNA CIRCULARIDAD DEL PRO

BLEMA, COMO YA SE PLANTEO EN EL ULTIMO CAPITULO DE ESTE TRABAJO) PERO SIEMPRE ES FACTIBLE Y NECESARIO AUN DENTRO DE CIERTOS LIMITES PERFECTAMENTE IDENTIFICABLES REALIZAR CAMBIOS Y AVANCES CON FORME SE DIVERSIFICA EL CONTEXTO GLOBAL. EN ESTE CASO CAMBIOS TENDIENTES A LA MODIFICACION DE LA ESTRUCTURA OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SIEMPRE CON LA IDEA DE QUE SE INCREMENTEN LOS BENEFICIOS A POBLACION ABIERTA.

CONSIDERAMOS QUE LA POLITICA ACTUAL DEL EJECUTIVO FEDERAL URGIENDO MODERNIZACION ES UN ELEMENTO RELEVANTE QUE NO DEBE APLICARSE UNICAMENTE AL AMBITO ECONOMICO (SECTORES MAS ACTIVOS DE LA PRODUCCION Y SERVICIOS) SINO QUE DEBE HACERSE EXTENSIVA AL ESTADO MISMO (NO NOS REFERIMOS AL MERO PROCESO DE ADELGAZAMIENTO) SINO EN CUANTO A LA MODIFICACION DE LA ESTRUCTURA Y OPERACION DE SUS INSTITUCIONES DE SERVICIO SOCIAL QUE CONSERVARA. - (CASO DE SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA).

ESTO ES EL ESTADO, NO DEBE DE TENER OBSOLETAS, ANQUILOSADAS Y EN PARALISIS A SUS INSTITUCIONES RESPECTO A LA MODERNIDAD Y CAMBIOS DE LOS DEMAS SECTORES ECONOMICOS Y SOCIALES, URGE UNA MODIFICACION SUSTANCIAL EN SU FILOSOFIA Y EN SU OPERACION SIN QUE POR ESTO SE MODIFIQUE SU OBJETIVO SOCIAL.

PARCIALMENTE ESTE CAMBIO LO PUEDE HACER ASUMIENDO Y EXPERIMENTANDO TECNICAS MODERNAS DE ADMINISTRACION.

CABE PREVENIR QUE CUALQUIER PROPUESTA SI NO COLLEVA LA VOLUNTAD POLITICA DE LOS DIVERSOS NIVELES Y SECTORES RELACIONADOS CON - ELLA, LA PLENA CONCIENCIA DE LOS DIRIGENTES Y SUBORDINADOS RESPONSABLES DE APLICAR LOS CAMBIOS DE QUE ELLO CONLLEVARA INEVITABLEMENTE HACIA LA REESTRUCTURACION DE LA ESTRUCTURA DE PODER ACTUAL, SINO SE CEDE EN ALGUNA MEDIDA, ROMPIENDO BARRERAS Y ASUMIENDO UN COMPROMISO REAL, FUNDAMENTADO EN VALORES DE JUSTICIA SOCIAL, CUALQUIER PROPUESTA, PLAN, PROGRAMA, PROYECTO SE VERA NEUTRALIZADO Y SE CONSTITUIRA UNICAMENTE EN VIENTO DE PALABRAS.

LA PROPUESTA QUE DESEAMOS HACER ESTA ENFOCADA HACIA DOS ASPECTOS: PRIMERO HACIA LA DEFINICION DE LA FORMULA ORGANIZATIVA MAS PROPICIA PARA QUE OPEREN LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA, Y SEGUNDO ESTABLECER EL MODELO OPERATIVO DE DICHS SERVICIOS.

ESQUEMA ORGANIZATIVO.

DADOS LOS ANTECEDENTES DEL PROCESO DESCENTRALIZADOR CONSIDERADOS EN ESTE TRABAJO, DEFINIMOS QUE LA FORMULA ORGANIZATIVA MAS PROPICIA EN LAS CONDICIONES ACTUALES (ENTORNO HISTORICO, POLITICO ECONOMICO) QUE PUEDE PROPICIAR UN MAYOR GRADO DE "AUTONOMIA" A LOS SERVICIOS ESTATALES DEPENDIENDO DE LOS TERMINOS Y MANEJO QUE SE LE DE, SIGUE SIENDO LA DESCONCENTRACION ADMINISTRATIVA.

ENTENDIENDO ESTA COMO UN ACTO DE DELEGACION TERRITORIAL, MEDIANTE EL CUAL UNA AUTORIDAD SUPERIOR DELEGA EN UN INFERIOR UNA SUMA DE DEBERES Y OBLIGACIONES, PARA EJERCERSE EN TANTO PERSISTAN LOS MOTIVOS QUE DAN ORIGEN A TAL OBLIGACION.

PROPONEMOS ESTA MODALIDAD YA QUE EN ELLA NO SE CUESTIONA EL VINCULO DE UNION Y AUTORIDAD DEL ENTE ESTATAL RESPECTO DEL ORGANO CENTRAL, POR LO QUE ESTE ULTIMO NO SE VE COMPULSADO A ACTUAR REFORZANDO EL CONTROL Y LA NORMATIVIDAD A NIVELES EXESIVOS PARA CON LAS UNIDADES PERIFERICAS EN FUNCION DE SALVAGUARDAR LA UNIDAD E INTEGRIDAD DE ESTADO COMO TAL (QUE ES EL PUNTO MOTIVO DE EXCESOS EN LA DESCENTRALIZACION) YA QUE EL ORGANO ESTATAL CONSERVA LA LINEA DE DEPENDENCIA RESPECTO DEL ORGANO CENTRAL Y EN ESTA MEDIDA QUEDA CLARO QUE SOBRE EL RECAEN TODAS LAS PRERROGATIVAS (PODER DE JERARQUIA, FISCALIZACION...).

Y AUNQUE ESTE CONCEPTO PUEDE CHOCAR CON ELEMENTOS O POSICIONES

POLITICAS Y "DEMOCRATICAS", PENSAMOS QUE ES MAS SAND PARA LOS INTERESES QUE PERSEGUIMOS SE ASUMA ABIERTAMENTE EL CONTROL FEDERAL DE LAS UNIDADES PERIFERICAS, PERO A CAMBIO DE QUE SE DESBUROCRATICE LA ESTRUCTURA CENTRAL Y LAS INTERMEDIAS (ESTATALES).

ACEPTAR ESTA REALIDAD Y TRANSITO DE NUESTRO SISTEMA ENTRE LO FEDERAL Y UNITARIO; FEDERAL EN LO FORMAL Y UNITARIO EN LO POLITICO Y ADMINISTRATIVO, NOS DARA MEJORES RESULTADOS DE GESTION, YA QUE NO HABRA UN DESGASTE INNECESARIO (TIEMPO, PLANES, RECURSOS, CONDUCTAS) EN TRATAR DE MANTENER UNA IMAGEN CONTRARIA.

LA MODALIDAD QUE PROPONEMOS DE HECHO EN LA SSA, PREVALECE DESDE 1934, DADA A TRAVES DE LOS CONVENIOS DE COORDINACION Y COOPERACION ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LA REPUBLICA Y CUYO OBJETIVO GENERAL EN TORNO AL CUAL SE INTEGRABAN, ERA LA OBSERVANCIA DE UNA POLITICA UNICA, ASI COMO EL MANEJO DE PRINCIPIOS TECNICOS UNIFORMES EN LAS ACTIVIDADES FEDERALES, LOCALES Y MUNICIPALES.

MODALIDAD QUE DESDE NUESTRO PUNTO DE VISTA MANEJADA CON ELEMENTOS INNOVADORES PUEDE DAR UN MAYOR GRADO DE DINAMISMO Y EFICIENCIA A LA ADMINISTRACION DE LA SALUD.

LUEGO ENTONCES DE ACUERDO AL ENTORNO POLITICO, ECONOMICO, HISTORICO E INSTITUCIONAL, CONSIDERAMOS QUE BAJO ESTE ESQUEMA ORGANIZATIVO (DESCONCENTRACION) SE GANA CAPACIDAD ADMINISTRATIVA.

ESQUEMA OPERATIVO.

EL MODELO OPERATIVO QUE DESEAMOS PROPONER TIENE SUS RAICES O DE RIVA DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO ECONOMICO PUESTO EN MARCHA EN ESTE SEXENIO, LA EFICIENCIA Y COMPETITIVIDAD DE LAS EMPRESAS,

BIEN SEAN DE PRODUCTOS O SERVICIOS COMO PREMISA BASICA PARA DINAMIZAR AL PAIS.

NOSOTROS PENSAMOS QUE ESTOS ELEMENTOS DEBEN HACERSE EXTENSIVOS A LAS INSTITUCIONES DE SOLIDARIDAD SOCIAL QUE SEGUIRA MANEJANDO EL ESTADO. YA QUE ESTAS SIEMPRE HAN OPERADO AL MARGEN DE LOS CAMBIOS ECONOMICOS Y EN FORMA MUY RUDIMENTARIA, BASICAMENTE LA INSTITUCION MOTIVO DE ESTUDIO, EN DONDE NO SE LE HA DADO LA RELEVANCIA NECESARIA (NO EN EL DISCURSO POLITICO INSTITUCIONAL SI NO EN LA REALIDAD OPERATIVA), A LOS CRITERIOS DE EFICIENCIA (Y ESTA ADEMAS NO DEFINIDA DESDE UN PUNTO DE VISTA BUROCRATICO) Y COMPETITIVIDAD TAN NECESARIOS PARA LA OBTENCION DE RESULTADOS EN LA SSA.

NO SE CONSIDERA DENTRO DE ESTA PROPUESTA, QUE LAS MODIFICACIONES O MODERNIZACION DE LAS QUE SE HABLA, OLVIDEN EL OBJETIVO ULTIMO QUE ES COADYUVAR A REDISTRIBUIR EL INGRESO SOCIAL, VIA LA ATENCION DE LA SALUD Y CON ELLO COLABORAR EN PROPORCIONAR UN MEJOR NIVEL DE VIDA A LAS MAYORIAS, SINO POR EL CONTRARIO SE PUGNA PORQUE REALMENTE SE HAGA VIABLE.

EL MODELO AL CUAL NOS REFERIMOS, TIENE COMO EJE CENTRAL Y DE PARTIDA, EL FORTALECIMIENTO DE LAS UNIDADES OPERATIVAS; CENTROS DE SALUD (PUNTO CLAVE PARA LOGRAR LA EXTENSION DE COBERTURA YA QUE EN ESTE NIVEL SE DAN LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y COMUNITARIAS, A LA VEZ QUE PUEDE RESOLVER EL PROBLEMA DE CRISIS DE COSTOS DEL SISTEMA, OTORGANDO A TRAVES DE ESTA VIA UNA MEDICINA BARATA Y CON MAYORES RESULTADOS) Y HOSPITALES GENERALES.

PROPUESTA QUE EN UN MOMENTO DADO, PODRIA CONSTITUIRSE EN LA PRACTICA MAS DESCENTRALIZADORA, OPUESTA A LA QUE SE REALIZO ES DECIR DE LA BASE A LA CUSPIDE Y NO DE LA CUSPIDE A LA BASE Y SIN LLAMARSE DESCENTRALIZACION. (PERO CUYA DECISION POLITICA Y RECURSOS, PARA LLEVARSE ACABO NECESARIA E INELUDIBLEMENTE DEBERAN PROCEDER DE LA CUSPIDE).

ESTO ES, EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES GENERALES SE DEBE LLEVAR A CABO LA MODERNIZACION, HACIENDOLAS UNIDADES EFICACES DINAMICAS Y COMPETITIVAS (OFRECER MEJOR Y MAYOR SERVICIO).

QUE QUIERE DECIR ESTO:

. CASI TODOS LOS PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS IMPLEMENTADOS EN LA MATERIA EN LA SSA, A LA FECHA (REORGANIZACIONES PERIODICAS AL CAMBIO DE ADMINISTRACION, HAN CONLLEVADO PROPUESTAS QUE HAN HECHO CRECER A LAS ESTRUCTURAS CENTRALES FEDERALES (SSA), Y ESTATALES (S.C.S.P.E Y SESAS), CON EXCEPCION DE ALGUN PROGRAMA COMO EL DE GRANDES URBES EN QUE SE CREARON CONSULTORIOS.

ESTO ES, LA ORGANIZACION HA PROLIFERADO EXCESIVAMENTE EN FORMA HORIZONTAL Y EN LOS NIVELES NORMATIVOS DE PLANEACION, SUPERVISION CENTRAL ... Y NO CONFORME CON ELLO ACTUALMENTE SE HA PENSADO FORTALECER OTRO NIVEL ORGANIZATIVO INTERMEDIO QUE SON LAS JURISDICCIONES SANITARIAS, CONTINUANDO ASI CON EL JUEGO "DESCEN TRALIZADOR".

DURANTE EL TRABAJO SE DETECTO QUE ESTAS ESTRUCTURAS HORIZONTALES, CONSUMEN UN PORCENTAJE ELEVADO DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS DE LA INSTITUCION (60% QUE SON SUBUTILIZADOS Y GENERAN UNA FUERTE CONCENTRACION) Y LOS CUALES SE REQUIEREN URGENTEMENTE EN LAS UNIDADES OPERATIVAS. PARA MODIFICAR SU ACTUAL OPERACION.

ESTRUCTURAS FEDERALES Y ESTATALES QUE SE DEDICAN A LA EXESIVA E MISION DE NORMATIVIDAD, LA QUE EN EL MEJOR DE LOS CASOS, COADYUVA UNICAMENTE A COMPLICAR, OBSTACULIZAR Y DISTRAER LA LABOR SUSTANCIAL DE LAS UNIDADES OPERATIVAS.

LAS UNIDADES OPERATIVAS SON LOS ELEMENTOS MAS IMPORTANTES O RE-

LEVANTES DE TODO EL SISTEMA DE SALUD A POBLACION ABIERTA, POR SU CONTACTO DIRECTO CON EL PUBLICO Y PORQUE SON LAS QUE APORTAN EL PRODUCTO FINAL, LA SALUD. POR ESTA RAZON ESTA PROPUESTA ESTA ENCAMINADA A FORTALECERLAS Y REPETIMOS QUE ESTA PODRIA SER LA PROPUESTA MAS DESCENTRALIZADORA, YA QUE TRANSFERIR RECURSOS FINANCIEROS ES TRANSFERIR PODER.

DE ACUERDO A LO MENCIONADO UNO DE LOS ELEMENTOS INTEGRANTES DE LA PROPUESTA SERIA QUE LAS ESTRUCTURAS HORIZONTALES QUE EN GENERAL SON MERAMENTE NORMATIVAS Y ADMINISTRATIVAS, FEDERALES Y ESTATALES SE REDUZCAN CONSIDERABLEMENTE (PROPUESTA EN BASE AL APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS EN EPOCAS DE CRISIS) AUNQUE CON SERVANDO SU CARACTER DE INSTANCIAS GENERALES DE NORMATIVIDAD, PLANEACION, EVALUACION Y SUPERVISION, PERO CON ESTRUCTURAS EMINENTEMENTE PEQUENISIMAS (POR LO MENOS UN 70% MENORES A LAS ACTUALES, EXISTEN 49 DIRECCIONES GENERALES QUE DESARROLLAN LAS FUNCIONES YA MENCIONADAS ESTO SOLO EN EL NIVEL FEDERAL) PERO CON PERSONAL ALTAMENTE CAPACITADO PARA QUE SIGAN LLEVANDO EL CONTROL NACIONAL Y ESTATAL DE LA SALUD. Y LOS RECURSOS (FINANCIEROS, HUMANOS Y MATERIALES) QUE SE DERIVEN DE ESTE PROCESO DE ADELGAZAMIENTO DE UNIDADES NORMATIVAS FEDERALES Y ESTATALES, SE CANALICEN VIA RECURSOS FINANCIEROS (NO TRASLADAR BUROCRACIA) A LAS UNIDADES OPERATIVAS.

ESTE ES UN PROCESO POLITICO EMINENTEMENTE DELICADO, PERO QUE DE NO LLEVARSE A CABO, DIFICILMENTE SE MODIFICARA, EL ANQUILOSAMIENTO ACTUAL Y LOS RESULTADOS A LA SALUD, YA QUE ESTOS SE MANTENDRAN INTACTOS EN EL TIEMPO INDEPENDIENTEMENTE DE LAS ESTRATEGIAS COLATERALES QUE SE APLIQUEN.

CUALQUIER OTRA PROPUESTA BASICA QUE SE PLANTEE TIENE QUE PARTIR O LLEGAR AL FORTALECIMIENTO Y MODIFICACION DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES OPERATIVAS.

. OTRO ELEMENTO DEL MODELO ES QUE SE MODIFIQUE SUSTANCIALMENTE LA FORMA DE ADMINISTRAR LOS NIVELES OPERATIVOS; (ESTE ASPECTO - TAMBIEN OBSERVA PUNTOS POLITICOS CRITICOS A RESOLVERSE).

QUE IMPLICA ESTO:

SE PROPONE COMO PARTE DEL NUEVO MODELO ADMINISTRATIVO LA COADMINISTRACION DE LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES GENERALES. LO QUE SIGNIFICA QUE EN DOS PERSONAS RECAIGA LA CONDUCCION Y OPERACION DE ESTAS UNIDADES.

PARTICIPANDO EN ESTA COADMINISTRACION:

UN ADMINISTRADOR PROFESIONAL (NO IMPROVISADO COMO SE ESTILA ACTUALMENTE) YA QUE DE OTRA FORMA NO SE PODRIAN APLICAR TECNICAS MODERNAS DE ADMINISTRACION, EN ESTE PROFESIONAL RECAERIA LA TITULARIDAD Y DIRECCION FORMAL DE LA UNIDAD Y CUYA PLAZA PRESUPUESTAL DEBERA TENER EL CARACTER DE CONFIANZA PARA QUE SU ESTANCIA SE AJUSTE A RESULTADOS.

Y UN MEDICO GENERAL PARA EL CASO DE LOS CENTROS DE SALUD, CUYA PLAZA SEA DE CONFIANZA PARA QUE SU ESTANCIA SE AJUSTE A RESULTADOS (NO UN PASANTE COMO ACTUALMENTE SE MANEJA) Y PARA LOS HOSPITALES UN MEDICO GENERAL O ESPECIALISTA CON EL MISMO CARACTER - DEL ANTERIOR QUIENES SERIAN LOS ENCARGADOS DE LA PARTE TECNICA DE LA SALUD.

PORQUE SE PONE ENFASIS EN ESTOS REQUISITOS EN LOS TERMINOS MENCIONADOS:

ACTUALMENTE COMO UNA FORMA DE DETENTAR EL PODER GREMIAL, LAS UNIDADES MEDICAS OPERATIVAS SON DIRIGIDAS Y ADMINISTRADAS POR MEDICOS, NO SIEMPRE PREPARADOS PARA ELLO O BIEN AUNQUE LO ESTEN

NO PUEDEN ABARCAR SATISFACTORIAMENTE LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS POLITICAS Y TECNICAS (POR SU AMPLITUD Y CONSIDERANDO LAS PROPIAS INCLINACIONES PERSONALES CASI SIEMPRE DAN PRIORIDAD A UNA DE ESTAS FUNCIONES DEJANDOSE AL MARGEN LAS OTRAS, EN EL PEOR DE LOS CASOS PARA UNA UNIDAD OPERATIVA EL ENCARGADO ASUME UNICAMENTE LA FUNCION POLITICA TOMANDO SU PUESTO COMO FORO DE RELACION PUBLICA) ESTO HA GENERADO UNA CONFORMACION Y OPERACION MUY ESPECIAL EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES, QUE NO EN POCOS CASOS OCURRE QUE LOS SERVICIOS QUE SE OTORGAN SEAN MUY RUDIMENTARIOS Y DEFICIENTES, PROVOCANDO POR ELLO UNA ESCASA AFLUENCIA DE POBLACION A LOS MISMOS.

LA MODERNIZACION OBLIGA A ADOPTAR OTROS PATRONES DE OPERACION, ES SABIDO QUE EN OTROS PAISES LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS Y EN ALGUNOS CASOS PUBLICOS, SON CODUCIDOS Y ADMINISTRADOS CON EXITO POR ADMINISTRADORES Y PENSAMOS QUE EN NUESTRO PAIS TAN AVIDO DE EFICIENCIA Y RESULTADOS PODRIA ASUMIR ESTA TENDENCIA.

ES ESPECIFICAMENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA EN NUESTRO PAIS EN DONDE SE DEBE ROMPER CON ESE ATRASO QUE CONLLEVA EL EJERCICIO DEL MODELO EXISTENTE Y QUE COMO YA VIMOS NO DA RESULTADOS, EL ENFASIS AHORA DEBE ENCAMINARSE BASICAMENTE HACIA LAS UNIDADES OPERATIVAS QUE COMO YA DIJIMOS SON LAS QUE DAN EL SERVICIO DIRECTO AL PUBLICO Y ES EN DONDE SE DEBE MANEJAR OTRA FILOSOFIA SI ES QUE SE QUIERE AVANZAR.

INSISTIMOS EL MEDICO NO PUEDE ABARCAR A LA VEZ LO CLINICO Y LO ADMINISTRATIVO SIN QUE ESTO TENGA SERIAS REPERCUSIONES Y MARGENES IMPORTANTES DE ERRORES U OMISIONES, BIEN SEA EN LO TECNICO O EN LO ADMINISTRATIVO, TAMPOCO SE PUEDE TRABAJAR CON ADMINISTRADORES IMPROVISADOS Y CON BAJO SUELDO, QUIENES SE FORMAN EN LA OPERACION PERO QUE DESCONOCEN TECNICAS A APLICAR PARA ELEVAR MARGENES DE EFICIENCIA FINANCIERA, DE PRODUCTIVIDAD... BASICOS PARA QUE SE LOGREN OBTENER LOS OBJETIVOS DE SALUD PLANTEADOS.

AL ANALIZAR LA SITUACION ACTUAL DE LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCION ENCONTRAMOS; QUE LOS CENTROS DE SALUD ESPECIFICAMENTE LOS RURALES JAMAS LOGRARAN SU OBJETIVO DE INCREMENTAR LA COBERTURA MIENTRAS SIGAN SIENDO MANEJADOS POR UN PASANTE EN MEDICINA, QUE COMO EXPLICA DANIEL LOPEZ ACUNA "ES UNA IRRACIONALIDAD TECNICA QUE EL TRABAJO SE DISTRIBUYA POR PRESTIGIO SOCIAL Y NO POR NECESIDADES Y QUE EL MEDICO RECIEN GRADUADO SEA EL QUE OCUPE POSICIONES PERIFERICAS PARA RESOLVER UN GRAN PROBLEMA A LA VEZ QUE ADQUIERA EXPERIENCIA Y CUYA ESTADIA ES TEMPORAL, LO QUE SE REQUIERE ES UNA RED DE SERVICIOS ESTRUCTURADA Y EQUIPOS DE SALUD Y ADMINISTRATIVOS CUYA EFICACIA Y EFICIENCIA ESTE GARANTIZADA POR LA CALIDAD TECNICA DE SUS COMPONENTES HUMANOS LO QUE PODRIA INCREMENTAR ENORMEMENTE LA CAPACIDAD DE COBERTURA".

(88)

LA PROPUESTA QUE PLANTEAMOS TIENE UNA DOBLE FINALIDAD, LA PRIMERA QUE CADA ELEMENTO CODIRECTIVO SE DEDIQUE A DESARROLLAR TODA SU CAPACIDAD EN EL CAMPO EN QUE ES ESPECIALISTA.

EL MEDICO, PARA QUE OPERE Y EN SU CASO CONDUZCA Y OPERE (MAS DE UN MEDICO), LA PARTE FUNDAMENTALMENTE TECNICA DE LA UNIDAD DE ACUERDO A PROGRAMAS, A CARACTERISTICAS Y A NECESIDADES PARTICULARES, HACIENDO EXTENSIVA SU LABOR EN EL ENTORNO GEOGRAFICO CORRESPONDIENTE. (PARTICIPACION COMUNITARIA).

Y EL ADMINISTRADOR, RESPONSABLE DE HACER ALTAMENTE EFICIENTE A LA UNIDAD, A TRAVES DE TECNICAS MODERNAS DE ADMINISTRACION, ACCION QUE SE DEBE REALIZAR INTRA Y EXTRA MUROS ESTO ES QUE DEBERA PARTICIPAR EN LA ORGANIZACION Y OPERACION DE GRUPOS COMUNITARIOS DE SALUD.

LA SEGUNDA FINALIDAD ES QUE SE COMPLEMENTEN Y SUPERVISEN EN FUNCION A LAS METAS A LOGRAR.

PROPONEMOS QUE EL PERSONAL CODIRECTIVO DEL MODELO PROPUESTO SEA SELECCIONADO EN FORMA RIGUROSA Y CUYOS SALARIOS DEBERAN SER COMPARABLES A LOS DEL NIVEL CENTRAL FEDERAL MANDOS MEDIOS, (HOSPITALES NIVEL DIRECCION O DIRECCION GENERAL DEPENDIENDO DEL TAMAÑO), DE LA MISMA FORMA, CENTROS DE SALUD URBANOS (SUBDIRECCION O DIRECCION) Y CENTROS DE SALUD RURALES (JEFE DE DEPTO). INCENTIVO BASICO, PARA QUE ASUMAN INTEGRALMENTE LA FUNCION DESEADA INTERNA Y EXTERNA (PARTICIPACION COMUNITARIA), DE LAS UNIDADES, DE TAL FORMA QUE SE REVIERTA LA TENDENCIA ACTUAL, PERSONAL NO SIEMPRE CALIFICADO Y MAL PAGADO, EN LAS AREAS MAS IMPORTANTES, LOS SERVICIOS MEDICOS Y PREVENTIVOS DE ATENCION AL PUBLICO, EN DONDE ES POSIBLE INCIDIR Y MEJORAR LOS INDICES DE MORBI-MORTALIDAD Y CON ELLO MEJORAR LOS INDICES DE SALUD NACIONAL. (SITUACION QUE NO OCURRIRA VIA UNIDADES NORMATIVAS FEDERALES Y ESTATALES).

. COMO COMPLEMENTO AL MODELO, SE SUGIERE LA CONSIDERACION Y/O APLICACION DE LAS SIGUIENTES ACCIONES O TAREAS GERENCIALES COTIDIANAS DEL ADMINISTRADOR PARA LOGRAR UN AJUSTE ESTRUCTURAL DE LAS UNIDADES OPERATIVAS.

- POSEER UN ALTO NIVEL DE INFORMACION CONSECUENTE CON LAS METAS.
- POSEER UNA COMUNICACION OPTIMA CON FUENTES DE INFORMACION, - ORGANOS NORMATIVOS REGIONALES, ORGANOS OPERATIVOS REGIONALES CON PERSONAL QUE LABORA EN LA UNIDAD Y CON LA COMUNIDAD.
- OPERAR CON RAPIDEZ EN ACTIVIDADES Y OPERACIONES, LA LENTITUD DESTRUYE LA EFICIENCIA.
- OBSERVAR, CALIFICAR Y EMPLEAR COYUNTURAS.
- PROTEGERSE CONTRA EVENTUALIDADES.

- PROCURAR QUE LOS SERVICIOS SEAN EFICIENTES EN COSTOS, OPORTUNIDAD Y REGULARIDAD.
- SATISFACER CON EXACTITUD LAS ESPECIFICACIONES QUE SE REQUIEREN EN LAS DIFERENTES AREAS.
- ACTUALIZAR CON PRONTITUD RELACIONES, INFORMACION, EQUIPO, -- INSTRUMENTAL, PARA LOGRAR ALTOS RENDIMIENTOS.
- ESTANDARIZAR SERVICIOS A NIVEL CONSTANTE DE CALIDAD.
- EFECTUAR UN CONTROL DE CALIDAD DINAMICO CON BASE EN ETAPAS -- INTERMEDIAS DE EVALUACION.
- ABATIR COSTOS A TRAVES DEL EMPLEO DE LA CAPACIDAD OCIOSA (EQUIPO, RECURSOS HUMANOS, INSTALACIONES SUBUTILIZADAS).
- FLEXIBILIZAR PROCESOS, LA RIGIDEZ GENERA ELEMENTOS NEGATIVOS (OBSTACULOS).
- TOMAR EN CUENTA TECNICAS MODERNAS DE ADMINISTRACION (EJEM. -- SUBCONTRATACION EN CASO DE ALTOS COSTOS DE OPERACION, FALTA DE RECURSOS O NECESIDAD DE TECNOLOGIA, SOBRE TODO EN CASO DE HOSPITALES) O EN SU CASO UTILIZAR CANALES EXISTENTES, REFERENCIA.
- REESTRUCTURAR LAS RELACIONES LABORALES, HACER QUE EL PERSONAL PARTICIPE Y TOMA CONCIENCIA DEL PAPEL QUE CUMPLE, DE LOS OBJETIVOS QUE SE PERSIGUEN PORQUE SINO NO SE OBTIENEN RESULTADOS, A LA VEZ QUE SE DEBEN DE CONSIDERAR ESTIMULOS.
- PROMOVER LA DESREGULACION, ESTO ES LA ELIMINACION DE NORMAS OBSOLETAS O BIEN DE NORMAS QUE OBSTACULICEN EL DESARROLLO -- DEL MODELO EN OPERACION.

- CAPACITAR AL PERSONAL, ES UNO DE LOS FACTORES MAS IMPORTANTES EN LA CADENA DE ACCIONES PARA LA EFICIENCIA Y MODERNIZACION.
- BUSCAR RESPALDO FINANCIERO OPORTUNO.
- COORDINAR ACCIONES CON OTRAS INSTITUCIONES DEL SECTOR QUE LA BOREN REGIONALMENTE.
- GLOBALIZAR A LOS SERVICIOS DE SALUD, COORDINANDO LAS METAS DE LA UNIDAD, CON LAS POLITICAS, CON LAS NORMAS, CON EL FINANCIAMIENTO Y SERVICIOS, PARA QUE NO EXISTAN FACTORES NI COYUNTURAS NEGATIVAS QUE RESTEN EFICIENCIA.

ESTA FORMA DE ABORDAR LA ADMINISTRACION DE LAS UNIDADES OPERATIVAS SUPONE QUE TODO DEPENDE DE TODO Y QUE SI UNA ACTIVIDAD FALLA, EL SERVICIO ULTIMO ES DEFICIENTE.

LA APLICACION DE ESTAS ACCIONES DE ACUERDO A LA SITUACION ESPECIFICA, HARAN ALTAMENTE EFICIENTE A LAS UNIDADES OPERATIVAS Y NO SOLO ESO, SINO QUE ADQUIRIRAN UNA NUEVA FORMA DE CONDUCIRSE. METODOS Y RECURSOS SIN LOS CUALES ES DIFICIL ACCEDER AL CUMPLIMIENTO E INCREMENTO DE METAS.

. EL ULTIMO ELEMENTO A CONSIDERAR EN EL MODELO, DESPUES DE HABLAR DEL NIVEL GERENCIAL, SERIA DEFINIR LAS CARACTERISTICAS Y CONDICIONES DEL PERSONAL GENERAL QUE LABORARA EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES, ASPECTO PRIMORDIAL PARA LA PRODUCTIVIDAD Y RESULTADOS.

SERIA NECESARIO FUERA PERSONAL DE NUEVO INGRESO, RIGUROSAMENTE SELECCIONADO (DE ACUERDO A ESTUDIO PREVIO DE NECESIDADES Y PERFIL DE PUESTO, CALIFICADO), CUYA ESTANCIA LABORAL SE DEFINIRIA

POR CONTRATO TEMPORAL Y RENOVACION DEL MISMO CONFORME A RESULTADOS, PARA EVITAR BUROCRATIZACION E INTERVENCION SINDICAL, ASPECTOS QUE AFECTAN PROFUNDAMENTE LA PRODUCTIVIDAD.

ESTE ES EL MODELO QUE PROPONEMOS.

QUE BENEFICIOS DESDE NUESTRO PUNTO DE VISTA TRAERIA A LA SALUD ESTE AJUSTE EN LA OPERACION DE LAS UNIDADES SUSTANTIVAS.

- UN INCREMENTO SUSTANCIAL EN LA COBERTURA Y CON ELLO UN MEJOR CUMPLIMIENTO EN EL EJERCICIO CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD.*
- LOS PROGRAMAS SE LLEVARIAN A CABO CON EFICIENCIA.*
- CONTINUIDAD DE PROGRAMAS Y PROYECTOS EN EL TIEMPO DE ACUERDO A NECESIDADES Y TENDENCIAS EPIDEMIOLOGICAS.*
- DESBUROCRATIZACION DE UNIDADES OPERATIVAS ANQUILOSADAS.*
- MAYORES RECURSOS FINANCIEROS EN UNIDADES OPERATIVAS COMO RESULTADO DE LA TRANSFERENCIA POR REDUCCION DE BUROCRACIA CENTRAL.*
- SE CUENTE CON PERSONAL Y EQUIPO ACTUALIZADO QUE PERMITA ALTOS RENDIMIENTOS.*
- OPERACION DE UNA ADMINISTRACION MODERNA, DEJANDO ATRAS EL MODELO TRADICIONAL.*
- SE DINAMIZARIA LA PARTICIPACION COMUNITARIA.*
- SE MODIFICARIA LA IMAGEN DE LA SSA, COMO UNA INSTITUCION DE EFICIENCIA Y RESPUESTA SOCIAL.*

CONSIDERACIONES PREELIMINARES A LA APLICACION DE ESTE MODELO.

- *REALIZAR ESTUDIO DE REGIONALIZACION, POR INTERPOSICION EN AREAS GEOGRAFICAS DE OTRAS INSTITUCIONES (IMSS, ISSSTE...) EN ESTOS CASOS NO PROCEDER, YA QUE COBERTURA Y OCUPACION DE SERVICIOS NI CON MODIFICACIONES SERAN SATISFACTORIOS.*
- *DOTAR DE RECURSOS SOLO EN AREAS DONDE ESTE PERFECTAMENTE DEFINIDA LA REGIONALIZACION, EN OTROS CASOS PENSAR EN SUBCONTRATACION DE SERVICIOS.*
- *PARA COMUNIDADES DISPERSAS DE 500 O MENOS HABITANTES, MANTENER LA ATENCION AMBULATORIA REGIONAL PARA AMPLIAR COBERTURA - PREVIO ESTUDIO DE COSTOS, ANALIZAR LA POSIBILIDAD DE SUBCONTRATACION DEL SERVICIO CON OTRAS INSTITUCIONES O CON PARTICULARES, AUNQUE SIEMPRE BAJO LA SUPERVISION Y EVALUACION DE LAS AUTORIDADES ESTATALES Y/O NACIONALES DE LA SSA.*

LIMITANTES.

ESTA PROPUESTA DE AJUSTE ESTRUCTURAL DE EFICIENCIA Y DE COMPETITIVIDAD DE SERVICIOS DE SOLIDARIDAD, PUEDE VERSE LIMITADA EN SU IMPLANTACION O INFLUENCIADA FUERTEMENTE POR:

- *DECISIONES POLITICAS*
- *REQUERIMIENTOS ECONOMICOS DEL PAIS.*
- *INTERESES CORPORATIVOS GREMIALES.*

ESTA ES LA PROPUESTA QUE PENSAMOS PODRIA ARROJAR RESULTADOS POSITIVOS EN LOS INDICES DE SALUD EN EL CORTO PLAZO Y QUE DESDE NUESTRO PUNTO DE VISTA RESULTARIA LA PRACTICA MAS DESCENTRALIZADA Y MAS DEMOCRATICA POSIBLE DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA EN NUESTRO PAIS.

BIBLIOGRAFIA

BOISIER SERGIO

UN DIFICIL EQUILIBRIO CENTRALIZACION Y DESCENTRALIZACION EN LA PLANIFICACION REGIONAL DOC. CPRD/D 85, CEPAL/ILPES SANTIAGO DE CHILE, 1983.

CAMARGO P./CARPIZO J./
FRONDIZI S./CLIFFORD/
HERRARTE/LA ROCHE/...

LOS SISTEMAS FEDERALES DEL CONTINENTE AMERICANO. FCE, MEX, 1972.

CASTELAZO JOSE R.

A MAYOR DESCONCENTRACION ADVA, MAYOR CONCENTRACION POL. APUNTES, MEXICO, 1987.

CRUZ RUIZ MIGUEL.

CONSID. DE LA HISTORICIDAD DEL CONCEPTO SALUD, ENFERMEDAD Y DE LA PRACTICA MEDICA CORRESPONDIENTE. PONENCIA, FCPYS UNAM, MEXICO 1982.

DE LA MADRID M./SOBERON G./
RUIZ M.F./KUMATE J./...

LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EL CASO DE MEXICO. EDIT. PORRUA, MEXICO, 1986.

FAJARDO ORTIZ GUILLERMO

ATENCION MEDICA, TEORIA Y PRACTICA ADMINISTRATIVA. EDIC. CIENTIFICAS LA PRENSA MED. MEX. S.A. MEX. 1983

FRAGA GABINO.

DERECHO ADMINISTRATIVO. EDIT. PORRUA, S.A. 14a. EDIC MEXICO, 1971.

GONZALEZ CASANOVA PABLO
AGUILAR CAMIN HECTOR
COORDINADORES.

GPO.BASICO INTERINSTI
TUCIONAL DEL SECTOR SA
LUD.

INSULZA JOSE MIGUEL

INSTITUTO NAC. DE ESTAD.
GEOG. E INFORMATICA.

JIMENEZ CASTRO WILBUR

KATZ J./LANZA A./ PEÑA J./
SEPTIEN M./TESTA M./VERONELLI J.

LOPEZ ACUÑA DANIEL.

OPS/OMS.

OPS/OMS.

MEXICO ANTE LA CRISIS, I,II.
EDIT. SIGLO XXI, MEXICO 1985

BOLETIN DE INFORMACION ES-
TADISTICA DEL SIST NAC.DE
SALUD, MEXICO, 1980-1988.

EUA DE ROOSEVELT A REAGAN.
UNAM, COORD. DE HUMANIDADES
MEXICO, 1986.

CUADER. DE INF. ESTADISTICA
DEL SECT. SALUD Y SEG. SO-
CIAL.

SPP, MEXICO, JUL, 1985.
INTRODUCCION AL ESTUDIO DE
LA TEORIA ADMINISTRATIVA.
FCE. MEXICO/BUENOS AIRES,
1973.

LA SALUD EN AMERICA LATINA
ASPECTOS PRIORITARIOS DE SU
ADMINISTRACION.
FCE, MEXICO, 1983.

LA SALUD DESIGUAL EN MEXICO
SIGLO XXI, 4a.EDIC, MEXICO
1982.

GUIA PARA UN ANALISIS DE LA
DESCENTRALIZAC. Y LOS SIST.
LOCALES DE SALUD, 1981.

PROPUESTA DE APOYO AL DESA-

RROLLO Y FORTALEC. DE SIST. LOCALES DE SALUD Y AL PROCESO DE DESCENTRALIZAC. EN LOS PAISES DE LA REGION DE LAS AMERICAS, 1987.

PALMA EDUARDO.

LA DESCENTRALIZACION DESDE UNA PERSPECTIVA POLITICA. DOC. CPRO D/90 CEPAL, ILPES, 1983.

PEREZ GERMAN Y LEON SAMUEL COORDINADORES

17 ANGULOS DE UN SEXENIO EDIT. PLAZA Y VALDES, MEXICO, 1987.

PODER EJECUTIVO FEDERAL.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1983 - 1988. SPP.MEXICO, 1983.

PODER EJECUTIVO FEDERAL.

PROGRAMA DE DESCENTRALIZAC. DE LA ADMON PUBLICA FEDERAL MEXICO, 1985.

RETCHKIMAN BENJAMIN GIL VALDIVIA GERARDO

EL FEDERALISMO Y LA COORDINACION FISCAL. UNAM, MEXICO, 1981.

ROJAS SORIANO RAUL.

CAPITALISMO Y ENFERMEDAD. EDIC. FOLIOS, MEXICO, 1982.

RONDINELLI DENNIS Y SHABBIR CHEEMA G.

DESCENTRALIZACION AND DEVELOPMENT. BEVERLY HILLS, SAGE PUBLICATIONS, 1983.

RUIZ MASSIEU FRANCISCO.

DESCENTRALIZACION DE SERVICIOS DE SALUD.

EXCELSIOR, MEXICO, 28/V/85

SECRETARIA DE SALUD.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988.

MEXICO, 1984.

SECRETARIA DE SALUD.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD AVANCES Y PERSPECTIVAS.

CUAD. #7, D.G. COMUNICACION SOCIAL, MEXICO, 1984.

SECRETARIA DE SALUD.

GUIA BASICA PARA LA ESTRUCTURACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS ESTADOS.

D.G. DE ORG. Y MODERNIZACION ADMINISTRATIVA.

MEXICO, 1985.

SECRETARIA DE SALUD.

EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA PERIODO 86-87.

D.G. EVALUACION, MEX. 1987.

SECRETARIA DE SALUD.

MECANISMOS E INSTRUMENTOS PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION.

D.G. DE DESCENTRALIZACION Y MODERNIZACION. ADVA. MEX. 1986.

SECRETARIA DE SALUD.

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO Y PERSPECTIVAS FUTURAS.

INFORMACION PARA LA ELABORACION DE UN DIAGNOSTICO DE SA

SECRETARIA DE SALUD.

LUD.

D.G. DE EPIDEMIOLOGIA, ENERO
1989.

LA DESCENTRALIZACION Y LOS
SIST. LOCALES DE SALUD EN ME
XICO.

TRAB. PARA EL SEMINARIO IN-
TERGERENCIAL EN DESCENTRALI
ZAC. DE SECTORES SOCIALES.
ILPES/CEPAL/DPS/UNESCO. 1989

SECRETARIA DE SALUD.

ANUARIOS ESTADISTICOS 1984/
1988.

D.G. DE PLANEACION, INFORMA
CION, EVALUACION Y ESTADISTI
CA.

MEXICO, 1984-1988.

SECRETARIA DE SALUD.

INFORMACION BASICA DEL SEC-
TOR SALUD.

MEXICO, DICIEMBRE 1987.

VERONELLI JUAN C.

LOS PROYECT. DE TRANSFORMAC.
DE LOS SIST. NACIONALES DE
SALUD EN AMERICA LATINA.
PNSP/84 -13, OPS/DMS MEXICO
1984.

ZORRILLA P./GUERRERO D./
SADA R./SANDOVAL S./JEANNOT F./
KELSEN H./BAEZA M./RETORTILLO S./
GARRIDO F./GUAITA A./D ARCY F.

DESCENTRALIZACION.
REV.DE ADMON PUBLICA 63/64
INAP, MEXICO, 1985.

ANEXOS

DECRETO DEL 30 DE AGOSTO DE 1983

Organo del Gobierno
Constitucional
de los Estados
Unidos Mexicanos



DIARIO OFICIAL

México, D. F.,
Martes 30
de Agosto
de 1983

Registrado como artículo
de 2a. clase en el año 1924

Director: Lic. Luis de la Hidalga

Tomo CCCLXIX
No. 43

INDICE

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

DECRETO POR EL QUE EL EJECUTIVO FEDERAL
ESTABLECE BASES PARA EL PROGRAMA DE-
DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE -
SALUD DE LA SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y
ASISTENCIA.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

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

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.—Presidencia de la República.

MIGUEL DE LA MADRID HURTADO, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en uso de las facultades que me confieren los artículos 89 fracción I y 115 fracción X, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en los artículos 17, 19, 22, 32, 39 y 44 de la Ley Orgánica de la Admi-

nistración Pública Federal y 12 al 18 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, y
CONSIDERANDO

Que la descentralización de la vida nacional es una de las estrategias rectoras del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y del Programa Sectorial de Salud, encaminadas a hacer más democrático y eficiente el sistema social y a dar mayor participación a las entidades federativas en el desarrollo;

Que la descentralización es un proceso formado por etapas sucesivas que deben desenvolverse gradualmente para asegurar su eficacia;

Que la vertiente de coordinación asegura el carácter nacional y participativo de la planeación, porque permite que la Federación y los Estados convengán acciones de desarrollo conjuntas;

Que el Plan Nacional de Desarrollo establece que es prioritaria la descentralización de los servicios de salud;

Que en la descentralización gradual de los servicios de salud se impulsará la formación y funcionamiento de los sistemas estatales de salud de acuerdo con una normatividad nacional, llevando al uso más eficiente de los recursos y con ello a la efectividad progresiva del derecho Constitucional a la protección de la salud;

Que la descentralización de los servicios de salud debe sujetarse a un programa integral cuya ejecución inicial se base en los avances obtenidos por los Servicios Coordinados de Salud Pública y por los Acuerdos de Coordinación celebrados con los Estados en esa materia;

Que el programa de descentralización de los servicios de salud deberá registrarse por los lineamientos que establezca el Gobierno Federal y las normas que dicte la Secretaría de Programación y Presupuesto tendientes a asegurar su contribución al desarrollo regional;

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dispone que en materia de salubridad general habrá de concurrir tanto la Federación como las entidades federativas de conformidad con lo que la Ley establezca, he tenido a bien dictar el siguiente

DECRETO

POR EL QUE EL EJECUTIVO FEDERAL ESTABLECE BASES PARA EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

ARTÍCULO 1o.—El Programa de Descentralización de los Servicios de Salud se sujetará a los lineamientos del Ejecutivo Federal y las normas que la Secretaría de Programación y Presupuesto defina en materia de desarrollo regional y a los Acuerdos de Coordinación que conforme al Convenio Único de Desarrollo, se celebren o revisen con los gobiernos de las entidades federativas por conducto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

ARTÍCULO 2o.—En la celebración o revisión de los Acuerdos de Coordinación se propondrá el programa de descentralización de los ser-

vicios de salud en cada Estado, conforme a las siguientes bases:

I. Se identificarán las facultades que se descentralizarán a los gobiernos de los Estados, y las facultades que serán desconcentradas a los Servicios Coordinados de Salud Pública;

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

III. Se fijarán las acciones que se llevarán a cabo para la integración y funcionamiento eficientes de los Sistemas Estatales de Salud en coordinación con el Sistema Nacional de Salud;

IV. Se acordará al que el titular de Salubridad y Asistencia dicte los acuerdos de desconcentración de facultades que procedan, y establezca los manuales de organización, de procedimientos y de servicios al público que aseguren la eficacia del proceso de descentralización;

V. Se definirán las directrices de la descentralización de los gobiernos de los Estados a los municipios y las de desconcentración de los Servicios Coordinados a las jurisdicciones sanitarias, y

VI. Se acordarán los plazos en que se cumplimentarán los compromisos a que den lugar los Acuerdos.

ARTÍCULO 3o.—Los Servicios Coordinados de Salud Pública serán órganos administrativos desconcentrados quienes sujetándose a la normatividad central, contarán con autonomía técnica y con la competencia que les atribuyan los Acuerdos de Coordinación, los Acuerdos de Desconcentración y las disposiciones aplicables.

Los Servicios Coordinados tendrán consejos internos los cuales serán presididos por los gobernadores de los Estados cuando éstos convengán en ello.

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

I. Las unidades centrales ejercerán facultades normativas y de control;

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

III. Los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados ejercerán facultades de carácter operativo.

ARTÍCULO 5o.—Los Jefes de Servicios Coordinados de Salud Pública, en los términos que convengán, participarán activamente en los Subcomités de Salud y Seguridad Social de los Comités de Planeación del Desarrollo de los Estados, en los términos de las disposiciones legales que regulen a éstos, contribuyendo así a la integración de los Sistemas Estatales de Salud, con apego a lo dispuesto por las leyes que rijan a las dependencias y entidades que los compongan.

ARTÍCULO 6o.—Se dará debida participación en el proceso de descentralización a las or-

ganizaciones de trabajadores que tienen a su cargo los servicios de salud.

ARTICULO 7o.—Los Servicios de Salud que para el establecimiento del Sistema de Salud del Distrito Federal se descentralicen en esa entidad federativa, se confiarán al órgano que al efecto sea creado, y quedarán sujetos a la normatividad y a las acciones de coordinación que establezca la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Departamento del Distrito Federal.

TRANSITORIO

ARTICULO UNICO.—El presente Decreto

entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintinueve días del mes de agosto de mil novecientos ochenta y tres.—El Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Miguel de la Madrid Hurtado.—Rúbrica.—El Secretario de Programación y Presupuesto, Carlos Salinas de Gortari.—Rúbrica.—El Secretario de Salubridad y Asistencia, Guillermo Soberón Acevedo.—Rúbrica.—El Jefe del Departamento del Distrito Federal, Ramón Aguirre Velázquez.—Rúbrica.

DECRETO DEL 8 DE MARZO DE 1984

Decreto que ordena la Descentralización
de los Servicios de la S. S. A. y los
denominados IMSS-COPLAMAR, y su
Integración Orgánica a un Sistema Estatal.
(Diario Oficial del 8 de marzo de 1984).

SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

Decreto por el que se descentralizan a los Gobiernos Estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los Estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por participación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República.

Miguel de la Madrid H., Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en uso de las facultades que me confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en los artículos 4o. y 115, fracción X de la misma Constitución y conforme a las facultades que me otorgan los artículos 22, 32, 32 Bis y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 12 al 18 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y 16 y 17 de la Ley de Planeación y

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el párrafo tercero de su artículo 4o., dispone que en la salubridad general, de la cual forma parte la prestación de servicios de atención médica y de salud pública, concurrirán la Federación y las entidades federativas;

Que el mencionado precepto constitucional consagra el derecho a la protección de la salud, cuyo cumplimiento progresivo exige que el sector público realice un vigoroso esfuerzo de racionalización que haga más productivos los recursos que se destinan a la salud;

Que el carácter concurrente de la salubridad general y la política de fortalecimiento del federalismo hacen necesario que, como se previene en el Plan Nacional de Desarrollo, se descentralicen los servicios de salud

para la población que no esté protegida por los sistemas de seguridad social;

Que el 30 de agosto de 1983 fue publicado en el *Diario Oficial* de la Federación el Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia;

Que la descentralización a la que se refiere el mencionado Decreto se debe complementar con la descentralización gradual de los servicios de salud que, dentro de un programa de solidaridad social por participación comunitaria y por encargo del Poder Ejecutivo, presta el Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme al Convenio celebrado el 25 de mayo de 1979;

Que la descentralización de ambos sistemas deberá conducir a su integración funcional en una primera etapa, y orgánica en una segunda, para que, con los servicios locales se formen sistemas estatales de salud;

Que al efecto deberá entenderse por integración funcional la coordinación programática de las diferentes Instituciones y por integración orgánica la fusión en una sola organización;

Que la descentralización de los servicios y su integración en sistemas estatales deberá permitir la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad, para así dar efectividad a la nueva garantía constitucional;

Que por todo ello la descentralización deberá ser un proceso gradual y ordenado por un programa que evite deterioros en la operación y a la vez haga posible su control y evaluación;

Que el Convenio Único de Desarrollo 1984 previene que los multicitados servicios serán descentralizados conforme a un progreso programado;

Que la Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial* de la Federación del 7 de febrero del año en curso, que entrará en vigor el 1o. de julio del presente, en cumplimiento de lo dispuesto por el párrafo tercero del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, distribuye la competencia en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas, recayendo en éstas la atención médica a población abierta y otras funciones de salud pública, he tenido a bien dictar el siguiente:

DECRETO

Artículo 1o. Los Servicios de Salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los estados y los que dentro del programa de solidaridad social por participación comunitaria denominado IMSS - COPLA-MAR, proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social, en los términos del convenio celebrado con el Ejecutivo Federal el 25 de mayo de 1979, se descentralizarán a los gobiernos estatales con sujeción al programa al que se refiere este Decreto y a los acuerdos de coordinación que al efecto se celebra en el marco del Convenio Único de Desarrollo.

Artículo 2o. El Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta se elaborará conjuntamente por las Secretarías de Programación y Presupuesto y de Salubridad y Asistencia, así como por el Instituto Mexicano del Seguro Social, sujetándose al efecto de los siguientes criterios:

I. En el Convenio Único de Desarrollo 1984, se contiene la propuesta de los elementos básicos de la descentralización de los servicios de salud para población abierta, y se conviene con los gobiernos de los estados que recaiga en éstos la coordinación programática de los mencionados servicios de salud;

II. Durante 1984 los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los denominados IMSS-COPLAMAR, se coordinarán programáticamente en cada estado;

III. Antes de que concluya 1984 las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salubridad y Asistencia evaluarán el desempeño de la coordinación programática a la que se refiere la fracción anterior, a fin de que se lleve a cabo la descentralización de los servicios de atención a la población abierta conforme lo dispone la fracción siguiente:

IV. En 1985 se iniciará gradualmente la descentralización de los servicios de salud a los primeros estados y en 1986 concluirá esa descentralización en el resto de los mismos;

V. En cada una de las fases del proceso de descentralización será prioritario cuidar que no se generen deterioros en la operación de los servicios, que se amplíe la cobertura y la calidad de éstos y que se abatan duplicaciones y omisiones en el ámbito de acción de las unidades aplicativas, a través de un sistema de atención coordinado y eficiente; y

VI. El programa definirá los apoyos que, en su caso, se pondrán a disposición de los gobiernos de los estados por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de asegurar los propósitos que señala la fracción anterior.

Artículo 3o. Conforme a lo estipulado en el Convenio Único de Desarrollo y para que los gobiernos de los estados puedan asumir la coordinación programática de los servicios de salud para población abierta, en los términos del artículo anterior, contarán con las siguientes facultades:

I. Elaborar y vigilar que se lleve a cabo el programa estatal de atención a población abierta, dentro del marco del programa nacional y de los programas de la SSA y de IMSS-COPLAMAR, con la participación que corresponda a los Comités de Planeación para el Desarrollo de los Estados;

II. Evaluar, en el ámbito de su jurisdicción territorial, la ejecución del programa estatal;

III. Opinar sobre los proyectos de programas-presupuesto de los Servicios Coordinados de Salud Pública y de IMSS-COPLAMAR para el trámite que proceda;

IV. Recomendar medidas tendientes al aprovechamiento más racional de las unidades de atención a población abierta, conforme a criterios de regionalización, escalonamiento, apoyo recíproco y eficiencia en el manejo de los recursos;

V. Recomendar y orientar las obras de beneficio colectivo en las que deberán aprovecharse las jornadas de trabajo de los usuarios que como contraprestación realicen éstos;

VI. Coadyuvar a la homogeneización de los servicios de atención a población abierta conforme a políticas y normas técnicas comunes;

VII. Hacer del conocimiento de las unidades centrales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de la Coordinación General del IMSS-COPLAMAR, las deficiencias y problemas de los servicios, así como recomendar medidas correctivas; y

VIII. Coordinar con los Jefes de Servicios Coordinados de Salud Pública y con los titulares de IMSS-COPLAMAR, el ejercicio de sus facultades cuando sea necesario para la coordinación programática.

Artículo 4o. De conformidad con lo dispuesto por el Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y al Convenio Único de Desarrollo, los gobernadores de los estados presidirán los Consejos Internos de los Servicios Coordinados de Salud Pública.

Artículo 5o. Para facilitar la elaboración, ejecución, control y evaluación del programa de descentralización, se establecerá un Comité de Operación del programa IMSS-COPLAMAR, que integrará un representante por la Secretaría de Programación y Presupuesto, por la Secretaría de la Contraloría General de la Federación, por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, por la Secretaría de la Reforma Agraria y por el propio Instituto Mexicano del Seguro Social, quien lo presidirá. Asimismo, se invitará a integrarse a dicho órgano a un representante de la Confederación Nacional Campesina, así como a representantes de otras organizaciones del Sector Social vinculadas al mencionado Programa.

El Comité de Operación será un órgano de apoyo, seguimiento y evaluación de la prestación de los servicios IMSS-COPLAMAR.

Artículo 6o. Conforme al Convenio Único de Desarrollo los gobernadores de los estados presidirán los Consejos estatales de vigilancia a IMSS-COPLAMAR, en los cuales participarán también los delegados de la Secretaría de Programación y Presupuesto, los jefes de Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados, los delegados de las Secretarías de Desarrollo Urbano y Ecología y de la Reforma Agraria y representantes de organizaciones del sector social relacionados con el Programa IMSS-COPLAMAR. Los delegados estatales o regionales del Instituto Mexicano del Seguro Social se desempeñarán como secretarios ejecutivos de dichos Consejos.

Artículo 7o. La Secretaría de Salubridad y Asistencia, con la participación del Instituto Mexicano del Seguro Social, elaborará el Programa Nacional de Atención a Población Abierta, al que se ajustarán los programas de la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los programas estatales de atención a población abierta que con base en la coordinación programática de los servicios estipulada por el Convenio Único de Desarrollo, elaboren los gobiernos locales.

Artículo 8o. Para la realización de la etapa de descentralización a la que se refiere la fracción IV del Artículo 2o. del presente Decreto, el Ejecutivo Federal celebrará con los gobiernos de los estados Acuerdos de Coordinación para la descentralización, que tendrán por objeto la elaboración y ejecución de los programas estatales de descentralización correspondientes.

Artículo 9o. Las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salubridad y Asistencia, en sus respectivos ámbitos de competencia, harán el seguimiento y la evaluación, en cada una de sus etapas, del programa de descentralización de los servicios de salud para población abierta, así como de la operación de éstos, a efecto de que se introduzcan en éste las medidas correctivas que procedan.

Artículo 10o. Los servicios de salud para población abierta se sujetarán a las normas técnicas que establezca la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Artículo 11o. El programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el convenio que rige el Programa denominado INSS-COPLAMAR serán modificados, a fin de que se adecuen a lo que previene el presente Decreto.

TRANSITORIOS

Artículo Primero. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el *Diario Oficial* de la Federación.

Artículo Segundo. En el término de 90 días a partir de la puesta en vigor de este Decreto, se presentarán al Ejecutivo Federal los fundamentos del programa que se previenen en el artículo 2o., y los manuales e instructivos que sean necesarios para la coordinación programática de los servicios de salud.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la ciudad de México, Distrito Federal, a los siete días del mes de marzo de mil novecientos ochenta y cuatro. Miguel de la Madrid H. Rúbrica. El Secretario de Programación y Presupuesto, Carlos Salinas de Gortari. Rúbrica. El Secretario de la Contraloría General de la Federación, Francisco Rojas Gutiérrez. Rúbrica. El Secretario de Salubridad y Asistencia, Guillermo Soberón Acevedo. Rúbrica.

***ACUERDO DE COORDINACION PARA LA INTEGRACION
ORGANICA Y DESCENTRALIZACION OPERATIVA DE
SERVICIOS DE SALUD***



SECRETARIA
DE
SALUD

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL, -
POR CONDUCTO DE LAS SECRETARIAS DE PROGRAMACION Y PRESUPUES-
TO, DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA FEDERACION, DE DESARRO--
LLO URBANO Y ECOLOGIA Y DE SALUD, Y EL INSTITUTO MEXICANO --
DEL SEGURO SOCIAL, / A QUIENES EN LO SUCESIVO SE LES DEMONINA-
RA SPP, SECOGEF, SÉDUE, SSA E IMSS, RESPECTIVAMENTE, Y EL --
EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE A QUIEN -
EN LO SUCESIVO SE DEMONINARA GOBIERNO DEL ESTADO, PARA LA IN-
TEGRACION ORGANICA Y LA DESCENTRALIZACION OPERATIVA DE SERVI-
CIOS DE SALUD EN LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON LOS ANTECE--
DENTES Y CLAUSULAS SIGUIENTES :

A N T E C E D E N T E S

1. DE CONFORMIDAD CON LA CONSTITUCIÓN DE 1917 Y DE ACUERDO A LOS DIVERSOS CÓDIGOS SANITARIOS DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS QUE HAN TENIDO VIGENCIA PARA REGLAMENTAR LA SALUBRIDAD GENERAL DE LA REPÚBLICA, SE CREARON LOS SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN LOS ESTADOS, -- ORIENTADOS AL PROPÓSITO DE LOGRAR LA CONCURRENCIA DEL GOBIERNO FEDERAL Y DE LOS ESTADOS EN MATERIA DE SALUD; SIN EMBARGO, LA DINÁMICA HISTÓRICA Y ADMINISTRATIVA DE LOS SERVICIOS PROVOCÓ UN PROCESO CENTRALIZADOR EN LA MA TERIA SANITARIA QUE EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SE PROPONE REVERTIR.
2. EL NUEVO PÁRRAFO TERCERO DEL ARTÍCULO 40. DE LA CONSTI- TUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA PROPORCIONA LA BASE DE ESE PROGRAMA, AL DISPONER QUE EL GOBIERNO FEDERAL Y LOS ESTADOS CONCURRIRÁN EN LA SALUBRIDAD GENERAL COMO LO - PREVENGA LA LEY.



SECRETARIA
DE

SALUD 3

EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1983-1988 ESTABLECE COMO UNO DE LOS PROPÓSITOS DE LA ACTUAL ADMINISTRACIÓN, PARA MATERIALIZAR LA NUEVA GARANTÍA CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, TENDER HACIA UNA COBERTURA NACIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD, GARANTIZANDO UN MÍNIMO HOMOGÉNEO Y RAZONABLE DE CALIDAD.

DENTRO DE LAS ESTRATEGIAS QUE DICHO PLAN CONTEMPLA PARA TAL EFECTO, SE ENCUENTRA LA CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, EN EL QUE SE INCLUYEN COMO ASPECTOS SUSTANCIALES LA INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA SECTORIAL, LA DESCENTRALIZACIÓN A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS A POBLACIÓN ABIERTA, Y EL FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA BÁSICA DE SERVICIOS.

4. EL 10. DE JULIO DE 1984 ENTRÓ EN VIGOR LA LEY GENERAL DE SALUD REGLAMENTARIA DEL PÁRRAFO TERCERO DEL ARTÍCULO 40. CONSTITUCIONAL, QUE PREVIENE LAS BASES Y MODALIDADES PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA CONCURRENTIA DEL GOBIERNO FEDERAL Y DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL. ASIMISMO, DISPONE QUE AMBOS ÓRDENES DE GOBIERNO PODRÁN ESTABLECER, MEDIANTE ACUERDOS DE COORDINACIÓN, ESTRUCTURAS ADMINISTRATIVAS A CUYO CARGO QUEDARÁN LOS SERVICIOS DE SALUBRIDAD GENERAL QUE CORRESPONDAN Y LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS QUE APORTEN LAS PARTES.
5. EL DECRETO PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DEL 30 DE AGOSTO DE 1983, FIJA LAS BASES PARA EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE



SECRETARIA
DE
SALUD

LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, HOY DE SALUD.

6. EL MENCIONADO DECRETO SE VIÓ REFORZADO POR EL DIVERSO - DEL 8 DE MARZO DE 1984, QUE ORDENA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA ACTUAL SECRETARÍA DE SA LUD EN LOS ESTADOS Y DEL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR COOPERACIÓN COMUNITARIA DENOMINADO IMSS-COPLA¹AR, - A CARGO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, ESTABLECIENDO LOS MECANISMOS, ESTRATEGIAS Y PLAZOS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN.
7. CONFORME AL DECRETO PRESIDENCIAL DEL 8 DE MARZO DE 1984 Y AL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO (CUD) CELEBRADO EN -- 1984, SE LLEVÓ A CABO LA ETAPA DE COORDINACIÓN PROGRAMÁ TICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA EN - LA ENTIDAD, BAJO LA CONDUCCIÓN Y RECTORÍA DEL TITULAR - DEL EJECUTIVO FEDERAL, HABIÉNDOSE OBTENIDO LOS PRODUC-- TOS ESPERADOS DE ESTA ETAPA DEL PROCESO DE DESCENTRALI-- ZACIÓN.
8. EN EL MARCO DEL CUD EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LAS SECRETARÍAS DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO, DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA FEDERACIÓN Y DE SALUD, CELE-- BRÓ CON EL TITULAR DEL EJECUTIVO ESTATAL EL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA, ESTABLECIENDO EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACIÓN DE DICHS SERVICIOS EN LA ENTIDAD -- FEDERATIVA.
9. EN EL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO 1985 LOS EJECUTIVOS FEDERAL Y ESTATAL SE COMPROMETEN A FORMALIZAR UN ACUER-



SECRETARIA DE SALUD

DO DE COORDINACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA Y PARA CONSTI-- TUIR LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA QUE TOMARÁ A SU CAR-- GO LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS A POBLACIÓN - - ABIERTA Y LOS DE SALUD PÚBLICA QUE CORRESPONDA, ASÍ, CO MO PARA DEFINIR LA PARTICIPACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL EN LO QUE CORRESPONDE AL EJERCICIO DE MATERIAS DE SALUBRIDAD GENERAL QUE ESTA INSTANCIA -- PUEDE EJERCER EN SU CALIDAD DE AUTORIDAD SANITARIA.

10. LA DESCENTRALIZACIÓN DE FACULTADES EN MATERIA SANITA-- RIA DEL EJERCICIO DE ATRIBUCIONES EN MATERIA DE SALU-- BRIDAD LOCAL, REQUIERE DE LA INSTRUMENTACIÓN DE SERVI-- CIOS APROPIADOS, PROVISTOS DE LAS FACULTADES DE AUTORI-- DAD QUE PRECISA LA ACTIVIDAD SANITARIA, PARA APOYAR EL - ESTABLECIMIENTO SANITARIO.

11. EL GOBIERNO DEL ESTADO, ATENDIENDO AL PÁRRAFO TERCERO DEL ARTÍCULO 40. CONSTITUCIONAL Y A LA DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS PREVISTA EN LA LEY GENERAL DE SALUD, EXPI-- DIÓ LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE . . EN LA CUAL SE PREVIENE SU PARTICIPACIÓN EN EL EJERCICIO DE FACUL-- TADES EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL Y SE REGULA EL EJERCICIO DE LAS MATERIAS DE SALUBRIDAD LOCAL, CON LA PARTICIPACIÓN DE LOS MUNICIPIOS, CON EL PROPÓSITO DE ESTABLECER Y CONSOLIDAR EL SISTEMA ESTATAL DE SALUD.

EN BASE A LOS ANTECEDENTES MENCIONADOS Y CON FUNDAMEN-- TO EN LOS ARTÍCULOS 40. Y 115 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍ-- TICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; 22, 32, 32 BIS, 37 Y 39 DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLI-- CA FEDERAL; 17, 33 Y 34 DE LA LEY DE PLANEACIÓN; 40.,



SECRETARIA
DE
SALUD

50., 60., 13, 17, 40, 41 y 42 DE LA LEY DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y GASTO PÚBLICO FEDERAL; 10., 20., 15, 17 Y 20 DE LA LEY PARA EL CONTROL, POR PARTE DEL GOBIERNO FEDERAL, DE LOS ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS Y EMPRESAS DE PARTICIPACIÓN ESTATAL; 90., 10, 14, 37, 38, 39, 41, 44 Y 77 DE LA LEY GENERAL DE BIENES NACIONALES; 30., -- 40., 70., 90., 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 36, 181, 194, 199, 300, 302, 313, 379, 393, 396 Y DEMÁS RELATIVOS DE LA LEY GENERAL DE SALUD; 70 FRACCIÓN XXVII DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO DE 30., 42 Y 62 DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO; 12, INCISO A), FRACCIÓN.VI, Y DEMÁS RELATIVOS DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE TLÁXCALA, LOS EJECUTIVOS FEDERAL Y ESTATAL CONVIENEN EN SUSCRIBIR EL PRESENTE ACUERDO, - CUYA EJECUCIÓN SE REALIZARÁ AL TENOR DE LAS SIGUIENTES:

C L A U S U L A S

PRIMERA.- EL PRESENTE ACUERDO TIENE POR OBJETO :

- I. LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA Y DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA - DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA QUE PRES- TAN EN LA ENTIDAD LA SSA Y EL GOBIERNO DEL ESTADO A - - TRAVÉS DE LOS SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA, - Y EL IMSS A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL - POR COOPERACIÓN COMUNITARIA;
- II. ESTABLECER LAS BASES, COMPROMISOS Y RESPONSABILIDADES - DE LAS PARTES PARA LA DESCENTRALIZACIÓN DEL EJERCICIO - DE LAS FACULTADES DE REGULACIÓN SANITARIA QUE CORRESPON DEN A LA SSA Y PARA LA INTEGRACIÓN DE UN SISTEMA ESTA--



SECRETARIA
DE
SALUD

TAL DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO EN EL QUE CONCURRAN LOS TRES NIVELES DE GOBIERNO;

III. ESTABLECER LAS BASES PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO, RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, DE SALUD PÚBLICA, DE REGULACIÓN SANITARIA Y DE SALUBRIDAD LOCAL, ASÍ COMO DE LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA ESTATAL DE SALUD, Y

IV. CONVENIR LAS BASES PARA LA CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA ESTATAL DE SALUD.

SÉGUNDA.- LA SSA Y EL GOBIERNO DEL ESTADO CONVIENEN EN QUE DE CONFORMIDAD CON LA DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS QUE EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL ESTABLECE LA LEY GENERAL DE SALUD Y EN LAS DISPOSICIONES LEGALES ESTATALES APLICABLES, EL GOBIERNO DEL ESTADO, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL PROPIO GOBIERNO DEL ESTADO, EN VIRTUD DEL PRESENTE ACUERDO TENDRÁ A SU CARGO LO SIGUIENTE :

- I. COORDINAR EL SISTEMA ESTATAL DE SALUD A TRAVÉS DE LAS INSTANCIAS Y MEDIANTE LOS MECANISMOS QUE AL EFECTO SE ESTABLEZCAN, CON LA PARTICIPACIÓN QUE CORRESPONDA AL COMITÉ DE PLANEACIÓN PARA EL DESARROLLO ESTATAL;
- II. PARTICIPAR EN EL EJERCICIO DE LAS FACULTADES DE REGULACIÓN SANITARIA CUYA COMPETENCIA CORRESPONDE A LA SSA, EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 13, INCISO A) Y 18 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN EL ÁMBITO DE SU COMPETENCIA,



SECRETARÍA
DE
SALUD

CONFORME AL PRESENTE ACUERDO Y DEMÁS QUE SE CELEBREN Y CON ESCRITO APEGO A LAS NORMAS TÉCNICAS QUE LA SSA DE TERMINE;

- III. OPERAR LOS SERVICIOS DE SALUBRIDAD GENERAL A QUE SE REFIERE EL INCISO B) DEL ARTÍCULO 13 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, RELATIVOS A LA ATENCIÓN MÉDICA Y A LA SALUD PÚBLICA QUE CORRESPONDA, CON ESCRITO APEGO A LA NORMATIVA TÉCNICA QUE ESTABLEZCA LA SSA;
- IV. DIRIGIR LA OPERACIÓN Y CONTROLAR LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, Y
- V. PRESTAR LOS SERVICIOS QUE LE CORRESPONDA EN MATERIA DE SALUBRIDAD LOCAL, EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY ESTATAL DE SALUD Y DE LAS DEMÁS DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES.

TERCERA.- EL GOBIERNO DEL ESTADO CONTARÁ CON LOS ELEMENTOS NECESARIOS QUE LE PERMITAN COORDINAR EL SISTEMA ESTATAL DE SALUD A TRAVÉS DEL TITULAR DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO QUIEN AL EFECTO CONTARÁ CON LAS SIGUIENTES ATRIBUCIONES Y FACULTADES :

- I. FUNGIR COMO COORDINADOR DEL SISTEMA ESTATAL DE SALUD Y COMO COORDINADOR DEL SUBCOMITÉ DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DEL COPLADE;
- II. REPRESENTAR AL TITULAR DEL EJECUTIVO ESTATAL EN LOS ORGANOS COLEGIADOS CORRESPONDIENTES DE LAS UNIDADES REGIONALES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS



SECRETARIA
DE
SALUD

TRABAJADORES DEL ESTADO, ASÍ COMO EN LOS ORGANOS DEL GOBIERNO DEL DIF ESTATAL Y DE LOS ORGANISMOS QUE TENGAN - ACTUALMENTE A SU CARGO LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS LOCALES DE SEGURIDAD SOCIAL, EN LOS TÉRMINOS DE LAS DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES;

- III. VIGILAR E INFORMAR SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE ESTE ACUERDO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD, DE LA LEY ESTATAL DE SALUD, DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD, DEL PROGRAMA ESTATAL DE SALUD Y DE OTRAS DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES;
- IV. EVALUAR LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL DE SALUD, Y
- V. LAS DEMÁS QUE LE CONFIERAN LA LEY ESTATAL DE SALUD, ESTE ACUERDO Y ~~LAS DEMÁS DISPOSICIONES~~ LEGALES APLICABLES.

CUARTA.- EL GOBIERNO DEL ESTADO PARTICIPARÁ EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CORRESPONDIENTES A LA REGULACIÓN SANITARIA QUE CORRESPONDEN A LA SSA, CONFORME A LA LEY GENERAL DE SALUD. EL EJERCICIO DE ESTAS FUNCIONES SE LLEVARÁ A CABO POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO, DE CONFORMIDAD CON LOS ACUERDOS ESPECÍFICOS QUE SE SUSCRIBAN, Y CON APEGO A LAS DISPOSICIONES LEGALES FEDERALES Y ESTATALES APLICABLES Y A LAS NORMAS TÉCNICAS QUE ESTABLEZCA LA SSA.

LAS PARTES COADYUVARÁN AL ESTABLECIMIENTO Y OPERACIÓN DE UN SISTEMA ESTATAL DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO QUE FORME PARTE DEL SISTEMA ESTATAL DE -



SECRETARIA
DE
SALUD

SALUD, Y DE UN SISTEMA NACIONAL DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO, PARA LO CUAL CELEBRARÁN LOS ACUERDOS DE COORDINACIÓN QUE AL EFECTO SE REQUIERAN.

LA SSA, EN SU CARÁCTER DE AUTORIDAD SANITARIA FEDERAL SE RESERVARÁ EN TODO MOMENTO LA FACULTAD DE -- REALIZAR DIRECTAMENTE TODO ACTO Y DE EMITIR TODA -- RESOLUCIÓN QUE LE COMPETA ORIGINARIAMENTE CONFORME A LA LEY GENERAL DE SALUD, ASIMISMO, LA SSA SE RESERVA EL DERECHO DE REVOCAR LA COORDINACIÓN DEL -- EJERCICIO DE LAS FACULTADES DE REGULACIÓN SANITARIA QUE LE CORRESPONDEN Y QUE POR LA SUSCRIPCIÓN -- DEL PRESENTE INSTRUMENTO Y POR LOS ACUERDOS ESPECÍFICOS QUE SE CELEBREN, QUEDARÁN A CARGO DEL GOBIERNO DEL ESTADO.

QUINTA.- LA SSA Y EL GOBIERNO DEL ESTADO CONVIENEN EN QUE -- ÉSTE ÚLTIMO TENDRÁ A SU CARGO LA DIRECCIÓN, LA -- COORDINACIÓN Y LA CONDUCCIÓN OPERATIVA DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD; PARA TAL EFECTO, EL GOBIERNO DEL ESTADO OPERARÁ LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES A LAS SIGUIENTES MATERIAS DE SALUBRIDAD GENERAL :

- LA ATENCIÓN MÉDICA.

- LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

- LA SALUD MENTAL.

- LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD.



SECRETARIA
DE
SALUD

- LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.
- LA ORIENTACIÓN Y VIGILANCIA EN MATERIA DE NUTRICIÓN.
- LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.
- LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y ACCIDENTES.
- LA PREVENCIÓN DE LA INVALIDEZ Y LA REHABILITACIÓN DE INVÁLIDOS, CON LA PARTICIPACIÓN QUE, EN SU CASO, CORRESPONDA AL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF).
- EL PROGRAMA CONTRA EL ALCOHOLISMO.
- EL PROGRAMA CONTRA EL TABACUISMO.
- LA ORGANIZACIÓN, COORDINACIÓN Y VIGILANCIA DEL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, TÉCNICAS Y AUXILIARES PARA LA SALUD.
- LA COORDINACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD Y EL CONTROL DE ÉSTA EN LOS SERES HUMANOS.
- LA INFORMACIÓN RELATIVA A LAS CONDICIONES, RECURSOS Y SERVICIOS DE SALUD EN LA ENTIDAD.



SECRETARIA
DE
SALUD

- LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LOS EFECTOS NOCIVOS DE LOS FACTORES AMBIENTALES EN LA SALUD DEL HOMBRE, Y
- LA SALUD OCUPACIONAL.

SIXTA.- EL GOBIERNO FEDERAL A TRAVÉS DE LA SSA, TENDRÁ A SU CARGO LAS SIGUIENTES ATRIBUCIONES EN CUANTO A LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUBRIDAD GENERAL :

- I. EXPEDIR, PROMOVER Y VIGILAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS -- NORMAS TÉCNICAS PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SERVICIOS DE SALUD, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO -- POR LA LEY GENERAL DE SALUD;
- II. EMITIR LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE PLANEACIÓN, PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTACIÓN;
- III. COORDINAR EL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DE SALUD;
- IV. PRESTAR ASESORÍA JURÍDICA;
- V. ESTABLECER DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y LINEAMIENTOS GENERALES DE SPP Y DE SECOGEF EL SISTEMA DE EVALUACIÓN QUE PERMITA CONOCER LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD;
- VI. EN CASO DE EPIDEMIA DE CARÁCTER GRAVE, PELIGRO DE INVASIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, SITUACIONES DE -- EMERGENCIA O CATÁSTROFES QUE AFECTEN AL PAÍS, A LA ENTIDAD O A UNA REGIÓN DE ÉSTA, LA SSA PODRÁ INTERVENIR



SECRETARIA
DE
SALUD

DIRECTA Y TEMPORALMENTE EN LOS SERVICIOS EN LA FORMA--
QUE CONSIDERE CONVENIENTE EN EJERCICIO DE LA ACCIÓN --
EXTRAORDINARIA EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL, DE -
CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LA CONSTITUCIÓN PO--
LÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS;

VII. APROBAR LOS PROGRAMAS Y PRESUPUESTOS QUE HABRÁN DE SER,
RESPECTIVAMENTE, INSTRUMENTADOS Y EJERCIDOS POR LOS --
SERVICIOS, Y TRANSFERIR LOS RECURSOS AUTORIZADOS PARA
SU OPERACIÓN, ATENDIENDO A LOS PROYECTOS QUE AL EFEC--
TO LE PRESENTE EL GOBIERNO DEL ESTADO;

VIII. ANALIZAR Y AUTORIZAR LOS CATÁLOGOS DE PUESTOS, ASÍ CO--
MO LOS TABULADORES DE SUELDOS Y LA CREACIÓN DE PUESTOS
QUE PROPONGA EL GOBIERNO DEL ESTADO PARA LA PRESTACIÓN
DE LOS SERVICIOS, CON SUJECCIÓN A LAS NORMAS GENERALES
QUE AL EFECTO EMITA SPP;

IX. ORDENAR Y REALIZAR DIRECTAMENTE VISITAS, INSPECCIONES
Y AUDITORÍAS A LOS SERVICIOS, A CUALQUIERA DE SUS UNI--
DADES ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS, EN LOS TÉRMINOS DE
LA LEY DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y GASTO PÚBLICO FE--
DERAL Y DE SU REGLAMENTO, DE LA LEY FEDERAL DE RESPON--
SABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS Y DE LAS DEMÁS
DISPOSICIONES LEGALES FEDERALES APLICABLES SIN PERJUIC--
CIO DE LAS ATRIBUCIONES CON QUE CUENTA EL GOBIERNO DEL
ESTADO Y SECOGEF;

X. DESIGNAR EN CUALQUIER TIEMPO, UN SUPERVISOR TEMPORAL O
PERMANENTE CON PLENAS FACULTADES PARA VISITAR, CONOCER,
ANALIZAR Y EVALUAR LAS ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS EN



SECRETARÍA
DE
SALUD

LO OPERATIVO, ADMINISTRATIVO, PROGRAMÁTICO-PRESUPUESTAL Y FINANCIERO, Y

XI. LAS DEMÁS QUE LE CONFIEREN EL PRESENTE ACUERDO Y LAS --
DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES.

SEPTIMA.- LOS SERVICIOS DE SALUD QUE PRESTA LA SSA EN EL ESTADO Y LOS QUE PROPORCIONA EL INSTITUTO MEXICANO - DEL SEGURO SOCIAL A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DENOMINADO "IMSS-COPLAMAR" SE DESCENTRALIZAN AL GOBIERNO DEL ESTADO PARA QUE SE INTEGREN ORGÁNICAMENTE EN - LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD A CARGO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO, DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES, LOS ACUERDOS DE COORDINACIÓN QUE EN LO SUCESIVO SE CELEBREN Y LOS ANEXOS TÉCNICOS QUE SE INTEGRAN AL PRESENTE ACUERDO.

OCTAVA.- EN EL EJERCICIO COORDINADO DE LOS SERVICIOS QUE SE DESCENTRALIZAN SE ESTARÁ A LO SIGUIENTE :

- I. LA SSA FUNGIRÁ COMO INSTANCIA DE PROGRAMACIÓN-PRESUPUESTACIÓN NACIONAL, DE FINANCIAMIENTO, DE NORMATIVA TÉCNICA Y DE EVALUACIÓN;
- II. EL GOBIERNO DEL ESTADO TENDRÁ A SU CARGO LA DIRECCIÓN, COORDINACIÓN Y CONDUCCIÓN OPERATIVA DE LOS SERVICIOS, Y
- III. LA SSA Y EL IMSS PRESTARÁN LOS APOYOS LOGÍSTICOS QUE EL GOBIERNO DEL ESTADO SOLICITE AL GOBIERNO FEDERAL POR --



SECRETARIA
DE
SALUD

CONDUCTO DE LA SSA.

CON EL PROPÓSITO DE CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y A LA AMPLIACIÓN DE SU COBERTURA, LAS PARTES CONVIENEN QUE LA SSA, EL GOBIERNO DEL ESTADO Y EL IMSS PRESTARÁN APOYO LOGÍSTICO A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, EN LOS TÉRMINOS DE LOS ACUERDOS DE COORDINACIÓN QUE AL EFECTO SE CELEBRAN, CON LA PARTICIPACIÓN DEL IMSS.

NOVENA.- EN ATENCIÓN A LO DISPUESTO POR LA LEY GENERAL DE SALUD, LAS PARTES CONVIENEN APORTAR RECURSOS FINANCIEROS PARA SUFRAGAR LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS Y PARA REALIZAR INVERSIONES PARA EL MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS EXISTENTES, EN LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE ACUERDO, DE LOS ACUERDOS DE COORDINACIÓN ESPECÍFICOS QUE AL EFECTO SE CELEBRAN Y DE LOS ANEXOS TÉCNICOS QUE SE CONVENGAN ANUALMENTE, LOS CUALES PASARÁN A FORMAR PARTE DE ESTE INSTRUMENTO.

LOS RECURSOS CORRESPONDIENTES QUE APORTEN EL GOBIERNO FEDERAL, A TRAVÉS DE LA SSA, EL GOBIERNO DEL ESTADO Y LOS MUNICIPIOS A LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD QUEDARÁN SUJETOS AL RÉGIMEN LEGAL QUE LES CORRESPONDA EN LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE Y DE LOS DEMÁS ACUERDOS DE COORDINACIÓN QUE AL EFECTO SE CELEBRAN.



SECRETARIA
DE
SALUD

LAS PARTES CONVIENEN EN IMPLANTAR UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PROGRAMÁTICOS Y PRESUPUESTALES QUE ASEGUREN FLEXIBILIDAD Y AGILIDAD EN EL MANEJO DE RECURSOS FINANCIEROS, ASÍ COMO SEGURIDAD EN EL DESTINO DE LOS RECURSOS QUE EJERCERÁ LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO, PROMOCIÉNDOSE AL EFECTO LOS REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN PROGRAMÁTICA Y PRESUPUESTAL QUE PERMITAN DAR CUMPLIMIENTO A LA LEY DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y GASTO PÚBLICO FEDERAL Y DEMÁS DISPOSICIONES LEGALES FEDERALES APLICABLES.

AL EFECTO SE INTEGRARÁN UN SOLO PRESUPUESTO EN LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO, COMPROMETIÉNDOSE EL GOBIERNO FEDERAL A TRANSFERIRLE LOS RECURSOS A SU CARGO A TRAVÉS DE LA SSA.

DECIMA.- LA SSA PONE A DISPOSICIÓN DEL GOBIERNO DEL ESTADO, EN USO GRATUITO, LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES CON LOS QUE ACTUALMENTE CUENTAN LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y APLICATIVAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL PROGRAMA "IMSS-COPLANAR" EN LA ENTIDAD, CON LA PARTICIPACIÓN QUE CORRESPONDA A LA SPP, SECOGEF E IMSS, Y POR CONDUCTO DE SEDUE Y DE SSA SUJETÁNDOSE A LOS ARTÍCULOS 37, 38, 39, 41 Y DEMÁS RELATIVOS DE LA LEY GENERAL DE BIENES NACIONALES Y A LOS CONDUCENTES DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.



SECRETARIA
DE
SALUD

LA ENTREGA DE LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES A --
QUE SE REFIERE EL ANTERIOR PÁRRAFO, DEBIDAMENTE -
INVENTARIADOS, SE REALIZARÁ CONFORME A LAS DISPO-
SICIONES ADMINISTRATIVAS Y LEGALES CONDUCENTES, -
QUEDANDO OBLIGADAS LAS PARTES A REGULARIZAR LOS -
DERECHOS RESPECTIVOS A FAVOR DEL GOBIERNO DEL ES-
TADO QUE SE DERIVEN DE DICHA ENTREGA.

DECIMA PRIMERA.- LAS PARTES CONVIENEN EN QUE LOS DERECHOS --
LABORALES ADQUIRIDOS POR EL PERSONAL QUE PASA A
LABORAR EN LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO -
DEL ESTADO SERÁN DEBIDAMENTE RESPETADOS, CONFORME
A LAS DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES Y A LOS --
TÉRMINOS DEL PRESENTE ACUERDO.

DECIMA SEGUNDA.- LOS TRABAJADORES A QUE HACE ALUSIÓN LA --
CLÁUSULA ANTERIOR, DEPENDERÁN FUNCIONAL Y OPERATI
VAMENTE DEL SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DEL
ESTADO, SIN PERJUICIO DE SU RELACIÓN LABORAL CON
LA SSA Y DE SU AFILIACIÓN AL SINDICATO NACIONAL -
DE TRABAJADORES DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO --
ACTUARÁ EN NOMBRE Y POR CUENTA DE LA SSA EN LO RE
LATIVO A LAS RELACIONES LABORALES DE NATURALEZA -
INDIVIDUAL CON LOS TRABAJADORES QUE SE INCORPOREN
A LA DEPENDENCIA CITADA EN PRIMER TÉRMINO. PARA
TAL EFECTO LA SSA DELEGA AL TITULAR DE LA SECRETA
RÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO LAS FACULTA-



SECRETARÍA
DE
SALUD

DES, ATRIBUCIONES Y OBLIGACIONES QUE SE ESPECIFICAN EN LAS CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO DE LA SSA Y DE CONFORMIDAD CON EL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL.

LOS ASUNTOS LABORALES DE NATURALEZA COLECTIVA QUE SE SUSCITEN ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO Y LOS TRABAJADORES INCORPORADOS EN VIRTUD DE LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, SERÁN TRATADOS POR LA SSA EXCLUSIVAMENTE CON LA REPRESENTACIÓN NACIONAL DEL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

LA RELACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO CON LA REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES SE LLEVARÁ A CABO A TRAVÉS DE LA SECCIÓN O SECCIONES CORRESPONDIENTES DEL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SSA.

DECIMA TERCERA.- EL PERSONAL PROVENIENTE DEL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE NOMINADO "IMSS-COPLAMAR" EN LA ENTIDAD, PÁSARÁ A LABORAR A LA SECRETARÍA DE SALUD EN LOS TÉRMINOS DEL CONVENIO QUE CELEBREN LA SPP, SECÓGEF, SEDUE, SSA E IMSS, DE LOS ACUERDOS DE COORDINACIÓN QUE, EN SU CASO, AL EFECTO SE CELEBREN Y CONFORME A -- LOS ANEXOS TÉCNICOS QUE SE ACOMPAÑAN AL PRESENTE ACUERDO.

DECIMA CUARTA.- CON EL PROPÓSITO DE APOYAR LA ECONOMÍA Y -- CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN Y DE DAR APO-



SECRETARÍA
DE
SALUD

YO A LA ORGANIZACIÓN DE TRABAJOS COMUNITARIOS COMO MECANISMOS DE CONTRAPRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y DE MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN, LA SPP, LA SSA Y EL GOBIERNO DEL ESTADO CONVIENEN REALIZAR LOS ACTOS NECESARIOS PARA EXIMIR DEL PAGO DE LAS CONTRAPRESTACIONES EN EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y DEL PAGO DE MEDICAMENTOS QUE EN CADA CASO SE DETERMINEN EN LOS ACUERDOS DE COORDINACIÓN ESPECÍFICOS QUE AL EFECTO SE CELEBREN,

LOS INGRESOS QUE SE DEJEN DE PERCIBIR EN VIRTUD DE ESTAS EXENCIONES SERÁN FINANCIADOS POR LA SSA Y POR EL GOBIERNO DEL ESTADO EN LOS TÉRMINOS DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN QUE SE CELEBRE,

DECIMA QUINTA.- EL GOBIERNO DEL ESTADO Y LA SSA CONVIENEN EN QUE DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL PRESENTE ACUERDO Y DE MANERA TEMPORAL, EN TANTO SE ESTABLECEN LOS SISTEMAS ADMINISTRATIVOS DE INFORMACIÓN, DE OPERACIÓN Y CONTROL ÚNICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SE CONTARÁ CON LOS APOYOS DE LA SSA Y DEL IMSS EN LOS TÉRMINOS SIGUIENTES :

1. LA SSA CONTINUARÁ TEMPORALMENTE PROPORCIONANDO LOS SERVICIOS DE APOYO NECESARIOS PARA LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y PARA EL EJERCICIO DE LAS FACULTADES DE REGULACIÓN SANITARIA, ACTUALMENTE A CARGO DE LOS SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO;



SECRETARIA
DE
SALUD

II. EL IMSS CONTINUARÁ TEMPORALMENTE PRESTANDO LOS SERVICIOS DE APOYO CORRESPONDIENTES A LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR COOPERACIÓN COMUNITARIA.

DECIMA SEXTA.-- PARA LA EFICAZ INSTRUMENTACIÓN DE ESTE ACUERDO, LA SSA Y EL GOBIERNO DEL ESTADO SE COMPROMETEN A REALIZAR DURANTE 1985, ENTRE OTRAS ACCIONES, IMPLANTAR Y PONER EN OPERACIÓN :

I. EL PROGRAMA ESTATAL DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA AUTORIZADO, ASÍ COMO LLEVAR A CABO SU SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN;

II. EL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, EL CUAL OPERARÁ EN FORMA DESCENTRALIZADA A PARTIR DEL 10. DE JULIO DE 1985;

III. EL SISTEMA UNICO DE ABASTECIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA EN EL ESTADO;

IV. EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN CONFORME A LAS NORMAS EMITIDAS POR LA SSA;

V. EL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD Y DE SERVICIOS DE SALUD, CONFORME A LAS NORMAS DE LA SSA, A PARTIR DEL 10. DE ENERO DE 1986;

VI. EL SISTEMA DE CONTABILIDAD Y CUENTAS, DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS DE LA SSA;



SECRETARIA
DE
SALUD

VII. EL FORTALECIMIENTO DE LA OPERACIÓN DEL SUBCOMITÉ DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DEL COPLADE Y DE SUS GRUPOS DE TRABAJO, Y

VIII. EL SISTEMA DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y EL EQUIPAMIENTO DE LAS UNIDADES OPERATIVAS, ASÍ COMO PARA CONSERVAR Y MANTENER LAS UNIDADES EN OPERACIÓN, CONSIDERANDO COMO PRIORITARIAS ESTAS ACTIVIDADES.

DECIMA SEPTIMA.- LOS MANUALES BÁSICOS SON LOS INSTRUMENTOS -- NORMATIVOS QUE SE UTILIZARÁN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS, NORMAS TÉCNICAS Y SISTEMAS INTEGRADOS A QUE SE REFIERE LA CLÁUSULA ANTERIOR, LOS CUALES SE INTEGRARÁN COMO ANEXOS TÉCNICOS AL PRESENTE ACUERDO.

LOS MANUALES BÁSICOS A QUE SE HACE ALUSIÓN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR SON LOS SIGUIENTES :

- MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD.
- ESTUDIO DE REGIONALIZACIÓN OPERATIVA.
- MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UNIDADES.
- MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE JURISDICCIONES SANITARIAS.
- MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.
- MANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.



SECRETARIA
DE
SALUD

- SISTEMA ESTATAL DE INFORMACIÓN BÁSICA.
- MANUAL OPERATIVO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN.
- MANUAL DE PROGRAMACIÓN-PRESUPUESTACIÓN.
- MANUAL DE CONTABILIDAD Y CUENTAS.
- MANUAL DE ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE.
- CATÁLOGO DE PUESTOS Y TABULADOR UNICO.
- PLANTILLA DE PERSONAL.
- MANUAL PARA EL REGISTRO Y CONTROL DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES.
- MANUAL PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS GENERALES.
- MANUAL DE SUPERVISIÓN DE SERVICIOS.
- MANUAL DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO.
- MANUAL DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO PARA UNIDADES DE PRIMER NIVEL.
- MANUAL DE INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- MANUALES DE AUTOEVALUACIÓN PARA UNIDADES DEL PRIMERO Y SEGUNDO NIVELES DE ATENCIÓN A LA SALUD.
- MANUAL DE EVALUACIÓN PARA LA DESCENTRALIZACIÓN.

DECIMA OCTAVA.- PARA EFECTO DE LA CLÁUSULA ANTERIOR, LAS PARTES SE COMPROMETEN A QUE DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 1985 SE CONTARÁ CON TODOS LOS MANUALES ADMINISTRATIVOS Y LAS NORMAS TÉCNICAS QUE SE REQUIERAN EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO.



SECRETARÍA
DE
SALUD

DECIMA NOVENA.- CON EL OBJETO DE ASEGURAR LA APLICACIÓN Y EFECTIVIDAD DEL PRESENTE ACUERDO, LAS PARTES CONVIENEN EN CELEBRAR LOS ACUERDOS DE COORDINACIÓN ESPECÍFICOS QUE AL EFECTO SE REQUIERAN A PROPUESTA DE CUALQUIERA DE LAS PARTES, ASÍ COMO LLEVAR A CABO LA REVISIÓN PERIÓDICA Y SISTEMÁTICA DE SU CONTENIDO Y DE LAS RESPECTIVAS APORTACIONES FINANCIERAS QUE CONLLEVA SU INSTRUMENTACIÓN.

VIGESIMA.- LAS PARTES CONVIENEN EN EJECUTAR EL PROGRAMA DE TRABAJO QUE FORMA PARTE DE ESTE ACUERDO COMO ANEXO TÉCNICO EN EL QUE SE ESTABLECEN ACCIONES, RESPONSABILIDADES Y PLAZOS PARA DAR CUMPLIMIENTO EFECTIVO A LAS DISPOSICIONES DEL PRESENTE ACUERDO, DE TAL MANERA QUE ANTES DE CONCLUIR 1985 LOS SERVICIOS SE ENCUENTREN CABALMENTE INTEGRADOS BAJO ESQUEMAS UNIFORMES DE OPERACIÓN.

VIGESIMA PRIMERA.- LA SSA SE COMPROMETE A PROMOVER ANTE EL EJECUTIVO FEDERAL LA EXTINCIÓN DE LOS SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE CONFORMIDAD CON LAS FORMALIDADES Y PROCEDIMIENTOS LEGALES CORRESPONDIENTES.

EN TANTO SE FORMALIZA LA EXTINCIÓN A QUE SE HACE REFERENCIA EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, EL SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE _____ ASUMIRÁ LA DOBLE MODALIDAD DE JEFE DE LOS SERVICIOS Y, EN TAL CARÁCTER, SE CONSIDERARÁ Y CONDUCTIRÁ COMO AGENTE FEDERAL.



SECRETARIA
DE
SALUD

VIGESIMA SEGUNDA.- LA SSA, SPP, SECOGEF E IMSS TOMARÁN LAS -
MEDIDAS JURÍDICO-ADMINISTRATIVAS NECESARIAS PARA -
QUE EL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR PARTICI-
PACIÓN COMUNITARIA DENOMINADO "IMSS-COPLAMAR" DEJE
DE SURTIR EFECTOS EN EL ESTADO DE EN LOS
TÉRMINOS DEL CONVENIO ESPECÍFICO CORRESPONDIENTE.

VIGESIMA TERCERA.- LOS CASOS DE DUDA SOBRE LA INTERPRETACIÓN
DEL PRESENTE ACUERDO Y LAS CONTROVERSIAS QUE PUDIE-
RAN SUSCITARSE CON MOTIVO DE SU EJECUCIÓN, SE RE--
SOLVERÁN CONFORME AL MECANISMO ESTABLECIDO AL RES-
PECTO EN EL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO EN VIGOR.

VIGESIMA CUARTA.- EL PRESENTE ACUERDO SURTIRÁ SUS EFECTOS A
PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE SU PUBLICACIÓN EN EL -
DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN Y EN EL PERIÓDICO
OFICIAL DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE .

VIGESIMA QUINTA.- LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PRESENTE ACUERDO
TENDRÁ VIGENCIA PERMANENTE Y, EN SU CASO, PODRÁ --
ADICIONARSE O MODIFICARSE DE COMÚN ACUERDO DE LAS
PARTES.

PARA SU OBSERVANCIA Y CUMPLIMIENTO SE FIRMA EN LA CIUDAD DE
EL DÍA DE DE MIL
NOVECIENTOS OCHENTA, Y

CONVENIO DE APOYO LOGISTICO

CONVENIO QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, LA SECRETARIA DE SALUD Y EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, A LOS QUE EN LO SU CESIVO SE DENOMINARA SSA E ISSS, RESPECTIVAMENTE, REPRESENTADOS POR SUS TITULARES, LOS CC. DR. GUILLERMO SOBERON ACEVEDO Y LIC. RICARDO GARCIA SAINZ, Y, POR LA OTRA, EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE , QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA EL GOBIERNO DEL ESTADO, REPRESENTADO POR SU TITULAR, EL C. , Y POR EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO, , - PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE APOYO LOGISTICO A -- LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, CONFORME A LOS SIGUIENTES -- ANTECEDENTES Y CLAUSULAS:

A N T E C E D E N T E S

1. EL EJECUTIVO FEDERAL EXPIDIÓ UN DECRETO PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL DÍA 8 DE MARZO DE -- 1984, ESTABLECIENDO LA DESCENTRALIZACIÓN A LOS GOBIER-- NOS ESTATALES DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE PRESTA LA -- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, HOY DE SALUD, EN LOS ESTADOS Y LOS QUE DENTRO DEL PROGRAMA DE SOLIDARI-- DAD SOCIAL POR COOPERACIÓN COMUNITARIA, DENOMINADO ISS-- COPLANAR, PROPORCIONA EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. ESTE DECRETO ESTABLECE QUE EL PROCESO DE DES-- CENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ALUDIDOS SE LLEVARÁ A -- CABO EN DOS ETAPAS.

DURANTE 1984 SE HA DESARROLLADO LA PRIMERA DE ESTAS ETA PAS, CONSISTENTE EN LA COORDINACIÓN PROGRAMÁTICA DE DI-- CHOS SERVICIOS EN CADA ESTADO. LA SEGUNDA ETAPA, INI-- CIADA EN 1985, SE PREVÉ CONCLUIRLA CON LA INTEGRACIÓN -- ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA EN CADA UNA DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.

2. EL DECRETO PRESIDENCIAL DE 8 DE MARZO DE 1984 DISPONE, ASIMISMO, QUE SE DEBE CUIDAR QUE EN EL PROCESO DE DES--CENTRALIZACIÓN NO SE GENEREN DETERIOROS EN LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS, QUE SE AMPLÍE LA COBERTURA Y LA CALIDAD DE ÉSTOS Y QUE SE ABATAN DUPLICIDADES Y OMISIONES - EN EL ÁMBITO DE ACCIÓN DE LAS UNIDADES APLICATIVAS; ESTABLECE TAMBIÉN LA NECESIDAD DE DEFINIR LOS APOYOS QUE, EN SU CASO, SE PONDRÁN A DISPOSICIÓN DE LOS GOBIERNOS - DE LOS ESTADOS POR PARTE DE LA SSA Y EL IMSS, A FIN DE ASEGURAR LOS PROPÓSITOS ANTES SEÑALADOS.

3. CONFORME AL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD, EL ESTABLECI---MIENTO Y LA CABAL CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y DE LOS CORRESPONDIENTES SISTEMAS ESTATALES EXIGEN LA INSTRUMENTACIÓN DE ACCIONES COORDINADAS QUE PERMITAN ALCANZAR LOS OBJETIVOS SUSTANTIVOS DEL SISTEMA NA---CIONAL DE SALUD Y DEL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PRO---TECCIÓN DE LA SALUD,

4. EN CUMPLIMIENTO DE LO PACTADO EN EL CONVENIO UNICO DE -DESARROLLO 1985, LOS EJECUTIVOS FEDERAL Y ESTATAL SUS---CRIBIERON EL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA INTEGRA---CIÓN ORGÁNICA Y LA DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA DE LOS -SERVICIOS DE SALUD EN LA ENTIDAD, CON FECHA DE DE 1986, MEDIANTE EL CUAL LA SSA, EL IMSS Y EL -GOBIERNO DEL ESTADO SE COMPROMETEN A PRESTAR EL APOYO LO GÍSTICO QUE REQUIERA LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVI---CIOS ESTATALES DE SALUD, DE CONFORMIDAD CON LO QUE AL -EFECTO SE ESTABLEZCA EN EL CONVENIO ESPECÍFICO.

5. EL EJECUTIVO FEDERAL EXPIDIÓ UN DECRETO, PUBLICADO EN -EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, DE FECHA 24 DE JU---NIO DE 1985, QUE ADICIONA AL DIVERSO DE 8 DE MARZO DE -

1984, EL CUAL ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EXTINCIÓN - GRADUAL DE LOS ÓRGANOS DESCONCENTRADOS POR TERRITORIO - DE LA SSA, LLAMADOS SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA, Y EL PROGRAMA IMSS-CCPLAMAR PARA SER SUSTITUIDOS POR LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA QUE SE DEFINA EN CADA ENTIDAD FEDERATIVA A EFECTO DE QUE ASUMA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD; ASIMISMO, REITERA LA PRIORIDAD DE CUIDAR QUE SE EVITEN DETERIOROS EN LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS, DE AMPLIAR SU COBERTURA Y DE MEJORAR SU CALIDAD, PARA LO CUAL ESTABLECE QUE SE DEBERÁ CONVENIR CON EL IMSS LOS APOYOS LOGÍSTICOS QUE DEBE PROPORCIONAR A LOS GOBIERNOS DE LOS ESTADOS.

6. PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO PREVISTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD, EN LOS DECRETOS PRESIDENCIALES DE 8 DE MARZO Y 18 DE JUNIO DE 1984 Y DE 24 DE JUNIO DE 1985, Y EN EL ACUERDO PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA Y DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA, SE ESTABLECEN LAS SIGUIENTES:

C L A U S U L A S

PRIMERA.- EL PRESENTE INSTRUMENTO TIENE POR OBJETO ESTABLECER, EN EL MARCO DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA Y DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA EN LA ENTIDAD, LAS BASES PARA LA PRESTACIÓN, POR PARTE DE LA SSA, EL IMSS Y EL GOBIERNO DEL ESTADO, DE LOS APOYOS LOGÍSTICOS QUE REQUIERA LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE EN LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD.

SEGUNDA.- LA SSA SE COMPROMETE A LO SIGUIENTE:

- I. ESTABLECER LAS POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS CONFORME A LOS CUALES SE PRESTARÁN LOS APOYOS LOGÍSTICOS EN COORDINACIÓN CON EL IMSS.

- II. APROBAR ANUALMENTE EL PROGRAMA DE APOYO LOGÍSTICO QUE - PRESENTE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE
- III. APORTAR LA PARTE CORRESPONDIENTE DE LOS RECURSOS FINANCIEROS NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS - ESPECÍFICOS DE APOYO LOGÍSTICO A SU CARGO.
- IV. REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE -- APOYO LOGÍSTICO APROBADO.

TERCERA.- EL IMSS SE COMPROMETE A DAR APOYO LOGÍSTICO CONFORME AL ARTÍCULO 238 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y A LAS SIGUIENTES BASES:

- I. APORTAR SUGERENCIAS A LA SSA, PARA EL DESARROLLO DEL -- PROGRAMA DE APOYO LOGÍSTICO A LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO.
- II. PRESTAR EL APOYO LOGÍSTICO CONFORME A LOS PROGRAMAS Y - PRESUPUESTOS AUTORIZADOS AL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR.
- III. APOYAR EN LA SOLUCIÓN, DE ACUERDO CON LA SSA Y LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO, DE LOS PROBLEMAS ESPECIALES QUE PRESENTE EL APOYO LOGÍSTICO DE LAS UNIDADES DE SALUD EN RAZÓN A LAS CONDICIONES GEOGRÁFICAS DEL ESTADO.
- IV. INTEGRAR Y PRESENTAR A LA SSA, PARA SU APROBACIÓN, LAS ACCIONES ESPECÍFICAS Y LOS COSTOS DE LOS SERVICIOS DE - APOYO LOGÍSTICO, CONFORME AL PROGRAMA DE APOYO LOGÍSTICO ANUAL QUE SOLICITE EL GOBIERNO DEL ESTADO POR CONDUCTO DE LA SSA.

CUARTA.- LA SSA SE COMPROMETE A PRESTAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DE APOYO LOGÍSTICO:

I. EN MATERIA FINANCIERA Y PRESUPUESTAL.

- A) APOYAR LA PROGRAMACIÓN-PRESUPUESTACIÓN DE LAS NECESIDADES FINANCIERAS QUE REQUIERE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS.
- B) CAPACITAR Y ASESORAR AL PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE EN MATERIA DE PROGRAMACIÓN-PRESUPUESTACIÓN.
- C) APOYAR CON RECURSOS FINANCIEROS LA CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL ALMACÉN ESTATAL.
- D) APOYAR CON RECURSOS FINANCIEROS LA ADQUISICIÓN DE VEHÍCULOS PARA LA DOTACIÓN DE INSUMOS MÉDICOS Y PARA TRABAJOS DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO EN LA ENTIDAD.
- E) APOYAR CON RECURSOS FINANCIEROS LA OPERACIÓN DE -- LAS UNIDADES QUE SE HAN INTEGRADO A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE , FUNDAMENTALMENTE EN LO QUE SE REFIERE A UNIFORMES, CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO, VIÁTICOS Y PASAJES, COMBUSTIBLES Y OTROS GASTOS DE OPERACIÓN, CONFORME AL PRESUPUESTO AUTORIZADO DE LA SSA.
- F) REALIZAR DESDE EL DE DE 1986 EL PAGO CORRESPONDIENTE AL PERSONAL DEL ISS-CCPLAAR QUE HAYA PASADO A LABORAR A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO.
- G) APOYAR LA INSTRUMENTACIÓN DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS, ASÍ COMO EL ESTABLECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE CONTROL Y SEGUIMIENTO -- DEL GASTO PÚBLICO.

- H) LLEVAR A CABO LOS ANÁLISIS CORRESPONDIENTES A LAS SOLICITUDES DE MODIFICACIONES Y AMPLIACIONES LÍQUIDAS PRESUPUESTALES PARA LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE _____ Y, EN SU CASO, AUTORIZARLAS, CONFORME AL MANUAL QUE COMO ANEXO TÉCNICO FORMA PARTE DEL PRESENTE CONVENIO.
- I) ANALIZAR E INTEGRAR LA INFORMACIÓN FINANCIERA Y DE RESULTADOS QUE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE _____ DEBE PRESENTAR A LA SSA PARA LA RENDICIÓN DE LA CUENTA PÚBLICA Y DEL INFORME -- PRESIDENCIAL.

II. EN MATERIA DE ESTADISTICA, INFORMATICA Y EVALUACION.

- A) APOYAR A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO EN EL ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN BÁSICA PARA LA SALUD Y LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS.
- B) SUMINISTRAR A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE _____ UN EQUIPO DE CÓMPUTO Y LOS -- PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA EL PROCESAMIENTO AUTOMATIZADO DE LA ESTADÍSTICA DE SALUD.
- C) CAPACITAR Y ADIESTRAR AL PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE _____ PARA LA IMPLANTACIÓN Y OPERACIÓN DEL SISTEMA ESTADÍSTICO Y DE INFORMÁTICA.
- D) PROPORCIONAR A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO -- METODOLOGÍAS PARA LA EVALUACIÓN Y LA AUTOEVALUACIÓN DE PROGRAMAS Y SERVICIOS.

- E) ASESORAR Y APOYAR EN MATERIA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE
- F) IMPLANTAR, EN COORDINACIÓN CON LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE LOS PROGRAMAS DE CÓMPUTO COMPLEMENTARIOS EN MATERIA DE ESTADÍSTICA Y OTRAS MATERIAS.
- G) INSTRUMENTAR LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA SUPERVISIÓN DEL SISTEMA ESTATAL DE INFORMACIÓN BÁSICA.
- H) SUPERVISAR, EN COORDINACIÓN CON LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE , LA APLICACIÓN DEL SISTEMA ESTATAL DE INFORMACIÓN BÁSICA Y EL USO DE SUS RECURSOS INFORMÁTICOS.

III. EN MATERIA DE ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA:

- A) APOYAR TÉCNICAMENTE EN LA REVISIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE , GARANTIZANDO QUE LA ESTRUCTURA QUE SE APRUEBE CUENTE CON LOS RECURSOS NECESARIOS PARA LA OCUPACIÓN DE LOS PUESTOS CORRESPONDIENTES, CON BASE EN LOS PERFILES ESTABLECIDOS A PARTIR DE LOS RECURSOS QUE HAN SIDO YA PROVISTOS POR LA SSA.
- B) PROPORCIONAR LA METODOLOGÍA Y BRINDAR LA ASESORÍA QUE SE REQUIERA PARA LA ELABORACIÓN DE LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN, DE PROCEDIMIENTOS Y DE SERVICIOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE , DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS Y DE LAS UNIDADES OPERATIVAS.

- C) DICTAMINAR Y, EN SU CASO, APROBAR LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN, DE PROCEDIMIENTOS Y DE SERVICIOS QUE CONSTITUYAN LA NORMATIVA DE OPERACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE
- D) PROPORCIONAR LAS NORMAS, LINEAMIENTOS Y ASESORÍA - PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE
- E) DICTAMINAR PROPUESTAS DE MODIFICACIÓN A LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE Y DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS, ASÍ COMO A LOS MANUALES CORRESPONDIENTES.

IV. EN MATERIA DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL.

- A) CAPTURAR Y PROCESAR LOS MOVIMIENTOS DE PERSONAL DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD.
- B) APOYAR EN EL PROCESO DE NÓMINA Y DE EMISIÓN DE CHEQUES.
- C) APOYAR LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DEL ÁREA DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE
- D) PRESTAR APOYO A LOS RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN EN LOS TÉRMINOS QUE ESTABLEZCA EL CONVENIO ESPECÍFICO DE CAPACITACIÓN Y ENSEÑANZA.
- E) PROPORCIONAR APOYO PARA EL DISEÑO Y ESTABLECIMIENTO DE SISTEMAS DE CÓMPUTO Y APOYAR A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE EN LA -

IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE PAGOS A NIVEL ESTATAL
QUE OPERARÁ A PARTIR DEL DE DE 1986.

- F) PROPORCIONAR LAS NORMAS DE OPERACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL.
 - G) PRESTAR ASESORÍA EN MATERIA DE RELACIONES LABORALES.
 - H) PRESTAR ASESORÍA PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS RELATIVOS A LA ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL, CUANDO LO REQUIERA LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE
- V. EN MATERIA DE CONSERVACION, MANTENIMIENTO Y OBRA PUBLICA.
- A) APOYAR EN LA IMPLANTACIÓN DE LOS MANUALES DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO PARA UNIDADES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL QUE ESTABLEZCAN LA NORMATIVA Y RUTINAS BÁSICAS PARA LA EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS, QUE COMO ANEXOS TÉCNICOS FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONVENIO.
 - B) VERIFICAR QUE EL PERSONAL TÉCNICO EN MANTENIMIENTO QUE PARTICIPARÁ EN LOS CURSOS DE CAPACITACIÓN Y ACtualIZACIÓN QUE SE IMPARTIRÁN POR PARTE DEL IMSS, CUMPLA CON EL PERFIL ESTABLECIDO CONFORME A LAS CLÁUSULAS COMPETENCIA DEL IMSS EN ESTA MATERIA.
 - C) ASESORAR EN EL LEVANTAMIENTO DE LOS INVENTARIOS DE EQUIPO.
 - D) APOYAR LA IMPLANTACIÓN DEL CUADRO BÁSICO DE HERRAMIENTAS, PARA EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL, ASÍ COMO

EL CORRESPONDIENTE A LAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS Y - EL CUADRO BÁSICO DE CARACTERÍSTICAS DE UNIDADES MÓVILES QUE REALICEN ACTIVIDADES DE CONSERVACIÓN Y - MANTENIMIENTO, QUE COMO ANEXOS TÉCNICOS FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONVENIO.

- E) APOYAR EN LA INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS 1986 DE REHABILITACIÓN Y AMPLIACIÓN DE UNIDADES Y DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO.
- F) ASESORAR EN LA CELEBRACIÓN DE CONCURSOS Y CONTRATOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO.
- G) EMITIR OPINIÓN TÉCNICA PARA LA REHABILITACIÓN Y AMPLIACIÓN, ASÍ COMO DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO DE UNIDADES Y, EN SU CASO, VALIDAR LAS PROPUESTAS QUE SE FORMULEN POR EL GOBIERNO DEL ESTADO DE , CUANDO EL MISMO ASÍ LO SOLICITE.
- H) ASESORAR, A SOLICITUD DE PARTE, A LAS AUTORIDADES LOCALES COMPETENTES, EN LA CELEBRACIÓN DE CONCURSOS Y CONTRATACIÓN DE OBRAS.
- I) SUPERVISAR, EN COORDINACIÓN CON LA SECRETARÍA DE - SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE , LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE OBRAS Y PROPORCIONAR ASESORÍA PARA LA RECEPCIÓN DE OBRAS.
- J) DEFINIR LAS PLANTILLAS Y EL PERFIL DEL PUESTO PARA EL PERSONAL QUE REALICE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO EN UNIDADES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL.

- K) APOYAR EN EL ESTABLECIMIENTO DE UN BANCO DE REFERENCIA TÉCNICA DE INMUEBLES Y EQUIPO PARA LA ADECUADA OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO.
- L) ASESORAR EN LA INSTALACIÓN DE TALLERES DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO.
- M) ASESORAR Y SUPERVISAR, A SOLICITUD DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE _____, EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE CONSTRUCCIÓN Y DE LAS ACTIVIDADES DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO.
- N) ASESORAR EN LA DETERMINACIÓN DEL PROGRAMA DE CONSTRUCCIÓN DE UNIDADES MÉDICAS.
- O) ASUMIR LA RESPONSABILIDAD, A SOLICITUD DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE _____, EN EL PROGRAMA RESPECTIVO DE REHABILITACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LAS UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL.

VI. EN MATERIA DE ABASTECIMIENTO

- A) PROPORCIONAR ASESORÍA Y APOYO A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE _____ PARA CONFORMAR Y OPERAR EL SISTEMA ESTATAL DE ADQUISICIONES, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN.
- B) PROPORCIONAR CURSOS DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO PARA DIFUNDIR LA NORMATIVA APLICABLE EN MATERIA DE ABASTECIMIENTO (ADQUISICIONES, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN).
- C) EQUIPAR, DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS TÉCNICAS APLICABLES, EL ESPACIO FÍSICO DESTINADO A LA GUAR-

DA Y CONSERVACIÓN DE INSUMOS, QUE PARA TAL EFECTO PROPORCIONE EL GOBIERNO DEL ESTADO.

- D) APOYAR A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE EN LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE ADQUISICIONES.
- E) LLEVAR A CABO LOS CONCURSOS DE MEDICAMENTOS, MATERIAL DE CURACIÓN Y BIENES DE INVERSIÓN, DE CONFORMIDAD CON EL PROGRAMA ANUAL CONVENIDO CON LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE Y CON EL PRESUPUESTO AUTORIZADO.
- F) CUBRIR EN UN PERÍODO QUE NO EXCEDA DE DOS MESES LOS PUESTOS REQUERIDOS PARA EL ÁREA DE ABASTECIMIENTO, A TRAVÉS DE LA REUBICACIÓN O CONTRATACIÓN DE PERSONAL QUE CUBRA LOS REQUISITOS.
- G) DAR AVISO EN LA FASE DE LOS CONCURSOS A QUE HAYA LUGAR, A LOS PROVEEDORES GANADORES DE LOS MISMOS PARA QUE EL GOBIERNO DEL ESTADO EFECTÚE LA COMPRA Y ENTREGUEN SUS PRODUCTOS EN EL ALMACÉN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE .

VII. EN MATERIA DE ASPECTOS PATRIMONIALES.

- A) PROPORCIONAR CURSOS DE CAPACITACIÓN EN MATERIA DE INVENTARIOS.
- B) BRINDAR EL APOYO NECESARIO PARA LA REALIZACIÓN DE BAJAS DEFINITIVAS DE BIENES MUEBLES.
- C) PRESTAR, A PETICIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE , ASESORÍA Y APOYO EN MATERIA DE INVENTARIOS Y BAJAS DEFINITIVAS.

- D) REALIZAR LAS ACCIONES CORRESPONDIENTES CON EL APOYO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE PARA LA REGULARIZACIÓN DE LOS INMUEBLES.

QUINTA.- EL IMSS SE COMPROMETE A REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

I. EN MATERIA FINANCIERA Y PRESUPUESTAL

- A) CUBRIR OPORTUNAMENTE A LOS TRABAJADORES DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR QUE PASEN A LABORAR A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE LO CORRESPONDIENTE A LIQUIDACIONES POR DIFERENCIAS EN PRESTACIONES, CON CARGO AL PRESUPUESTO AUTORIZADO PARA EL PROGRAMA, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR SPP.
- B) TRAMITAR CONJUNTAMENTE CON LA SECRETARÍA DE SALUD ANTE LA SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO, SEGÚN SEA EL CASO, LA TRANSFERENCIA DEL REMANENTE DE LOS RECURSOS ASIGNADOS AL CAPÍTULO DE SERVICIOS PERSONALES RELATIVOS A LAS UNIDADES QUE PERTENECÍAN AL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR CORRESPONDIENTES A 1966, UNA VEZ DEDUCIDAS LAS LIQUIDACIONES MENCIONADAS EN EL INCISO A) QUE ANTECEDE Y EL PAGO QUE SE REALICE A RESIDENTES Y TÉCNICOS 2C (ANESTESIOLOGOS) A QUE SE REFIERE EL INCISO C) DE LA FRACCIÓN II DE ESTA CLAÚSULA, O LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS SUFICIENTES, EN CASO DE QUE LAS CANTIDADES PRESUPUESTADAS NO ALCANCEN A CUBRIR LAS LIQUIDACIONES A QUE SE HA HECHO MENCIÓN Y PARA EL PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES DEL PERSONAL MENCIONADO.
- C) CONTINUAR HASTA EL DE 1966 CON EL APOYO DEL FONDO REVOLVENTE Y CON LOS GASTOS DE OPE

RACIÓN E INVERSIÓN DE LAS UNIDADES QUE PERTENECÍAN
AL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR.

II. EN MATERIA DE ADMINISTRACION DE PERSONAL.

- A) APORTAR DATOS DE ASPIRANTES Y CANDIDATOS DE LA BOLSA DE TRABAJO DE LA DELEGACIÓN ESTATAL, YA SEA MEDIANTE RELACIONES O EXPEDIENTES.
- B) PRESTAR APOYO A LOS RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN, EN LOS TÉRMINOS QUE ESTABLEZCA EL CONVENIO ESPECÍFICO EN MATERIA DE CAPACITACIÓN Y ENSEÑANZA.
- C) CONTINUAR PAGANDO A LOS MÉDICOS RESIDENTES Y A LOS TÉCNICOS 28 (ANESTESIOLOGOS), HASTA EL VENCIMIENTO DE SU CONTRATO DE CONFORMIDAD CON EL CONVENIO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN QUE AL EFECTO SE CELEBRE.

III. EN MATERIA DE CONSERVACION, MANTENIMIENTO Y OBRA PUBLICA.

- A) ASESORAR EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA COORDINACIÓN DE LAS ÁREAS RESPONSABLES, PARA IMPLANTAR LOS PROGRAMAS DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS UNIDADES.
- B) IMPARTIR CURSOS DE CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN AL PERSONAL TÉCNICO EN MANTENIMIENTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE
- C) APORTAR PERFILES PARA LA DETERMINACIÓN DE PLANTILLAS ÓPTIMAS DE PERSONAL.
- D) PROPORCIONAR LA METODOLOGÍA DE SUPERVISIÓN CONFORME A LOS PROGRAMAS ESTABLECIDOS.

- E) ASESORAR Y APOYAR EN LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA - DE MANTENIMIENTO PROGRAMADO Y ESTABLECER LOS MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE REFACCIONES BÁSICAS NECESARIAS.
- F) ASESORAR EN EL DISEÑO ARQUITECTÓNICO, PLANTILLA Y EQUIPAMIENTO DE LAS UNIDADES MÉDICAS.
- G) DESARROLLAR PROYECTOS DE MODELOS TIPO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNIDADES MÉDICAS.
- H) ACTUALIZAR EN SU CASO LOS PROYECTOS DE MODELOS TIPO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNIDADES MÉDICAS.
- I) COADYUVAR EN LA EJECUCIÓN, A SOLICITUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO, DE LAS OBRAS QUE APRUEBE LA SSA EN SU PROGRAMA PRESUPUESTO CORRESPONDIENTE, EN LOS TÉRMINOS DE LOS CONVENIOS ESPECÍFICOS QUE AL EFECTO SE CELEBREN.

IV. EN MATERIA DE ABASTECIMIENTO

- A) CONTINUAR REALIZANDO HASTA EL DE 1986 LA COMPRA DE INSUMOS MÉDICOS Y ADMINISTRATIVOS EN NIVELES DE CONSUMO REGULARES Y ADECUADOS A LAS UNIDADES DE SALUD DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR, QUE SE INTEGRARÁN A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO.
- B) PROPORCIONAR EL ESPACIO DE ALMACENAMIENTO REQUERIDO PARA LA GUARDA Y CONSERVACIÓN DE LOS INSUMOS CORRESPONDIENTES A LAS UNIDADES QUE PERTENECÍAN AL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR, HASTA EL DE 1986.

- C) PROPORCIONAR ASESORÍA, CAPACITACIÓN Y APOYO EN MATERIAS DE ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN, CONTROL INTERNO, CONTROL DE CALIDAD Y PUNTOS DE REORDEN A PETICIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO.
- D) ASESORAR, A PETICIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE _____, EL PROCESO DE COMPRA DE INSUMOS ESPECÍFICOS DE ACUERDO CON LA NORMATIVA CORRESPONDIENTE.
- E) PRESTAR ASESORÍA, A PETICIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE _____, EN MATERIA DE ADQUISICIONES DE ACUERDO CON LA NORMATIVA CORRESPONDIENTE.
- F) PROPORCIONAR ASESORÍA, A PETICIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE _____, EN MATERIA DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN, DE CONFORMIDAD CON EL PROGRAMA RESPECTIVO.

SIXTA.- EL GOBIERNO DEL ESTADO SE COMPROMETE A PRESTAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DE APOYO LOGÍSTICO:

I. EN MATERIA DE ORGANIZACION ADMINISTRATIVA

- A) IMPLANTAR LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE _____ Y DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS AUTORIZADAS POR LA SSA, CON SUJECCIÓN AL PRESUPUESTO APROBADO.
- B) ELABORAR, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS DE LA SSA, LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN, DE PROCEDIMIENTOS Y DE SERVICIOS QUE SE REQUIERAN Y SOMETER-

LOS A LA APROBACIÓN DE LA SSA.

- C) CUBRIR LOS PUESTOS DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA, APEGÁNDOSE AL TABULADOR AUTORIZADO, A LOS PERFILES DE CADA UNO DE LOS PUESTOS GESTIONANDO ANTE LA SSA EL DICTAMEN TÉCNICO RESPECTIVO PARA LLEVAR A CABO LOS NOMBRAMIENTOS DE LOS PUESTOS DEL SEGUNDO NIVEL EN LA ESTRUCTURA OCUPACIONAL, ASÍ COMO LOS DE LOS TITULARES DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.
- D) REALIZAR LOS CAMBIOS Y AJUSTES A LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTO QUE SE REQUIERAN.
- E) PRECISAR LOS DOCUMENTOS QUE REGULEN LA OPERACIÓN DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS.

II. EN MATERIA DE ADMINISTRACION DE PERSONAL.

- A) RECLUTAR, SELECCIONAR Y NOMBRAR AL PERSONAL QUE SE REQUIERA PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A CARGO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE , CONFORME AL TABULADOR, PLANTILLA Y PRESUPUESTO AUTORIZADOS POR LA SSA.
- B) INSTRUMENTAR Y OPERAR, A PARTIR DEL SEGUNDO SEMESTRE DE 1986, EL SISTEMA DE PAGOS A NIVEL ESTATAL.
- C) INCLUIR EN EL PROGRAMA PRESUPUESTO LAS NECESIDADES DE PERSONAL QUE REQUIERAN LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD.
- D) REALIZAR LAS INCIDENCIAS DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD.

- E) TRAMITAR ANTE LA SSA, LA AUTORIZACIÓN DE PLAZAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE

III. EN MATERIA DE CONSERVACION, MANTENIMIENTO Y OBRA PÚBLICA.

- A) ESTABLECER LA COORDINACIÓN ENTRE LAS ÁREAS RESPONSABLES PARA INSTRUMENTAR LOS PROGRAMAS DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO DE UNIDADES.
- B) ESTABLECER LA COORDINACIÓN ENTRE LAS ÁREAS RESPONSABLES PARA LLEVAR A CABO LOS PROGRAMAS DE CONSTRUCCIÓN Y REHABILITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS.
- C) ESTABLECER LAS BASES PARA LA CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ ESTATAL DE OBRA PÚBLICA.
- D) ESTABLECER, ANTES DE QUE CONCLUYA EL SEGUNDO SEMESTRE DE 1986, TALLERES DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO.
- E) OPERAR EL COMITÉ ESTATAL DE OBRA PÚBLICA.
- F) OPERAR EL PROGRAMA DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS DIVERSAS UNIDADES APLICATIVAS.

IV. EN MATERIA DE ABASTECIMIENTO.

- A) EDIFICAR, CON RECURSOS QUE PROPORCIONE LA SSA Y EL PROPIO GOBIERNO DEL ESTADO, UN ALMACÉN DESTINADO A LA GUARDA Y CONSERVACIÓN DE LOS BIENES E INSUMOS - QUE REQUIERE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO - DEL ESTADO DE

- B) ADQUIRIR, CON RECURSOS QUE PROPORCIONE LA SSA Y --
LOS QUE APORTE EL PROPIO GOBIERNO DEL ESTADO, EL --
EQUIPO DE DISTRIBUCIÓN NECESARIO PARA ATENDER EL --
SUMINISTRO DE UNIDADES APLICATIVAS Y ADMINISTRATI-
VAS.
- C) ELABORAR CON EL APOYO DE LA SSA EL PROGRAMA ANUAL
DE ADQUISICIONES.
- D) REALIZAR, A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL -
GOBIERNO DEL ESTADO, LA COMPRA DE INSUMOS MÉDICOS
Y ADMINISTRATIVOS Y DE EQUIPO, DE CONFORMIDAD CON
LOS CONCURSOS QUE EN SU CASO SE REALICEN Y CON LOS
CUADROS BÁSICOS, EN TÉRMINOS DEL PROGRAMA ANUAL --
CONVENIDO CON LA SSA.
- E) OPERAR, A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GO-
BIERNO DEL ESTADO Y CON EL APOYO DEL IMSS Y DE LA
SSA, EL SISTEMA INTEGRADO DE ABASTECIMIENTO.

V. EN MATERIA DE ASPECTOS PATRIMONIALES.

- A) PROPORCIONAR A LA SSA LA INFORMACIÓN NECESARIA PA-
RA LA REGULACIÓN JURÍDICA DE LOS BIENES INMUEBLES
ENTREGADOS EN USO GRATUITO.
- B) CUMPLIR CON LA NORMATIVA QUE EXPIDA LA SSA EN MATE-
RIA DE CONTROL Y SISTEMA DE INVENTARIO Y DE BAJA -
DE BIENES MUEBLES.

SEPTIMA.- LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE
PODRÁ SOLICITAR A LA SSA, EN CASO NECESARIO, EL INCRE-
MENTO, AMPLIACIÓN O MODIFICACIÓN DE ALGUNOS SERVICIOS DE APO-
YO LOGÍSTICO; DICHA SOLICITUD, EN SU CASO, SERÁ TRAMITADA AN-

TE EL IMSS DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS PREVIAMENTE ESTABLECIDOS.

OCTAVA.- LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE -
VIGILARÁ QUE LOS SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICO SE PRES-
TEN CONFORME A LAS NORMAS, POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE AL
EFECTO ESTABLEZCA LA SSA.

NOVENA.- EL PRESENTE CONVENIO TENDRÁ VIGENCIA INDEFINIDA; LA
MODIFICACIÓN O TERMINACIÓN DE ALGUNO DE LOS COMPROMISOS A QUE
SE REFIEREN LAS CLÁUSULAS ANTERIORES PODRÁ REALIZARSE DE CO--
MÚN ACUERDO POR LAS PARTES, CON LA ANTICIPACIÓN NECESARIA, PA
RA EVITAR DETERIOROS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

PARA EFECTOS DE INTERPRETACIÓN O INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGA
CIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE CONVENIO, SE ESTARÁ A LO QUE
LAS PARTES CONVENGAN EN CADA CASO.

ESTANDO LAS PARTES CONFORMES Y ENTERADAS DEL CONTENIDO Y VALI
DEZ DE ESTE CONVENIO, SE FIRMA EN TRES EJEMPLARES EN LA CIU--
DAD DE , , A LOS DÍAS DEL MES DE
DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS.

***ACUERDO EN MATERIA DE ADMINISTRACION
DE RECURSOS FINANCIEROS***

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL, -
POR CONDUCTO DE LAS SECRETARIAS DE PROGRAMACION Y PRESUPUES
TO, DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA FEDERACION Y DE SALUD, -
A QUIENES EN LO SUCESIVO SE LES DENOMINARA SPP, SECOGEF Y -
SSA RESPECTIVAMENTE, REPRESENTADOS POR SUS TITULARES CARLOS
SALINAS DE GORTARI, FRANCISCO ROJAS GUTIERREZ Y GUILLERMO -
SOBERON ACEVEDO, Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO
DE
A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENO-
MINARA GOBIERNO DEL ESTADO, REPRESENTADO POR EL C. GOBERNA-
DOR CONSTITUCIONAL
Y EL SE-
CRETARIO GENERAL DE GOBIERNO
EN MATERIA DE ADMINISTRACION DE RECURSOS FINANCIEROS DE LOS
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD.

A N T E C E D E N T E S

1. EL 10. DE JULIO DE 1984 ENTRÓ EN VIGOR LA LEY GENERAL DE SALUD REGLAMENTARIA DEL PÁRRAFO TERCERO DEL ARTÍCULO 40. CONSTITUCIONAL, QUE PREVIENE LAS BASES Y MODALIDADES PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, Y LA CONCURRENCIA DEL GOBIERNO FEDERAL Y DE LAS ENTIDADES-FEDERATIVAS EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL. ASIMISMO, DISPONE QUE AMBOS ÓRDENES DE GOBIERNO, PODRÁN ESTABLECER, MEDIANTE ACUERDOS DE COORDINACIÓN, ESTRUCTURAS ADMINISTRATIVAS A CUYO CARGO QUEDARÁN LOS SERVICIOS DE SALUBRIDAD GENERAL QUE CORRESPONDAN Y LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS QUE APORTEN LAS PARTES.
2. EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD CONSTITUYE EL MARCO EN EL CUAL SE ESTABLECEN LAS ESTRATEGIAS INSTRUMENTALES-PARA HACER POSIBLE LA CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD; DENTRO DE DICHAS ESTRATEGIAS SE INSCRI-

BE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, A TRAVÉS DE LA CUAL SE BUSCA REVERTIR EL PROCESO CENTRALIZADOR EN MATERIA SANITARIA MEDIANTE UNA ADECUADA RE DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS ENTRE LOS TRES NIVELES - DE GOBIERNO, LA INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA DE SISTEMAS-ESTATALES DE SALUD, ASÍ COMO LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA- DE DICHSO SISTEMAS DE ATENCIÓN A POBLACIÓN ABIERTA BA JO LA GESTIÓN DE LOS GOBIERNOS LOCALES CON UN ESQUEMA DE ASIGNACIÓN Y APROVECHAMIENTO RACIONAL DE LOS RECURSOS.

3. EN EL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA Y DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA EN EL ESTADO DE
CELEBRADO EL DÍA DE DE -
1985, ENTRE LOS GOBIERNOS FEDERAL Y ESTATAL, SE CONVINO APORTAR RECURSOS FINANCIEROS PARA SUFRAGAR LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD Y PARA REALIZAR INVERSIONES PARA EL MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN - DE LA INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS EXISTENTES.
4. EL EJECUTIVO FEDERAL, A TRAVÉS DE LAS SECRETARÍAS DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO Y DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA FEDERACIÓN, Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO, SUSCRIBIERON UN ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA SECTORIAL CONCERTADO DENOMINADO PROMOCIÓN Y GESTIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA-ESTATAL DE CONTROL, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA
5. LA SPP, LA SSA Y EL GOBIERNO DEL ESTADO CELEBRARON EL DE 1985, ACUERDO DE COORDINACIÓN- PARA ESTABLECER EL PROGRAMA INTEGRAL DE FINANCIAMIENTO E INVERSIÓN EN MATERIA DE SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA, CON EL OBJETO DE DETERMINAR LOS MON-

TOS, DISTRIBUCIÓN, FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y DESTINO DEL PROGRAMA DE INVERSIONES QUE EN MATERIA DE SALUD SE LLEVARÁ A CABO EN LA ENTIDAD, ASÍ COMO LA INTEGRACIÓN DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO PARA LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA.

6. LA SPP, LA SECOGEF, LA SSA Y EL GOBIERNO DEL ESTADO -- SUSCRIBIERON EN FECHA _____, ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA TRANSFERIR LA REALIZACIÓN DE --- OBRAS PÚBLICAS EN UNIDADES MÉDICAS DE LA ENTIDAD, MEDIANTE EL CUAL SE COMPROMETIERON A COORDINAR SUS ACCIONES Y APLICAR RECURSOS PARA TRANSFERIR AL GOBIERNO DEL ESTADO LA REALIZACIÓN DE OBRAS PÚBLICAS QUE CORRESPONDAN Y QUE SE AUTORIZEN EN EL PROGRAMA-PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

EN VIRTUD DE LO ANTERIOR Y CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 40., 115 Y 134 CONSTITUCIONAL; 22, 32, 32 BIS Y 39 DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL; 33 Y 34 DE LA LEY DE PLANEACIÓN; 10., 40., 50., 13, 25, 31, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 45 Y DEMÁS RELATIVOS DE LA LEY DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y GASTO PÚBLICO FEDERAL, Y DE SU REGLAMENTO; 10., 20., 40., 70. Y DEMÁS RELATIVOS DE LA LEY DE OBRAS PÚBLICAS Y DE SU REGLAMENTO; 10., 30., 40., 60., 70., 90., 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 26 Y DEMÁS RELATIVOS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELACIONADOS CON BIENES MUEBLES; 12, 19 Y 21 DE LA LEY GENERAL DE SALUD; Y EN LA LEGISLACIÓN APLICABLE DEL ESTADO, LOS EJECUTIVOS FEDERAL Y ESTATAL CONVIENEN EN SUSCRIBIR EL PRESENTE ACUERDO, CUYA EJECUCIÓN SE REALIZARÁ AL TENOR DE LAS SIGUIENTES:

C L A U S U L A S

PRIMERA.- EL PRESENTE ACUERDO TIENE POR OBJETO:

- I. DEFINIR LOS COMPROMISOS Y RESPONSABILIDADES DE LA SPP, SECOGEF, SSA, GOBIERNO DEL ESTADO Y DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO, PARA LA ASIGNACIÓN, EJERCICIO Y CONTROL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS QUE SE DESTINEN A LA OPERACIÓN, REHABILITACIÓN, CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DE LAS UNIDADES PARA ATENCIÓN A POBLACIÓN ABIERTA QUE SE TRANSFIERAN EN VIRTUD Y DE CONFORMIDAD CON EL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO Y EL OBJETO DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA Y DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA EN EL ESTADO DE Y A LAS DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES;
- II. ESTABLECER LAS BASES A QUE SE SUJETARÁN LOS RECURSOS FINANCIEROS DE ORIGEN FEDERAL QUE SE RADICAN Y TRANSFIERAN A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO;
- III. DETERMINAR LOS CRITERIOS GENERALES A QUE DEBERÁ SUJETARSE EL SISTEMA DE PLANEACIÓN, PROGRAMACIÓN, PRESUPUESTACIÓN, EJERCICIO Y CONTROL DEL GASTO DE DICHS RECURSOS; Y
- IV. CONVENIR LAS BASES QUE SE APLICARÁN A LAS APORTACIONES QUE EFECTÚE EL GOBIERNO DEL ESTADO A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO, A LOS INGRESOS PROPIOS DE ÉSTA, A LAS APORTACIONES MUNICIPALES Y A LAS APORTACIONES PROCEDENTES DE OTRAS INSTITUCIONES, EN LOS TÉRMINOS DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA ESTABLECER EL PROGRAMA INTEGRAL DE FINANCIAMIENTO E INVERSIÓN EN MATERIA DE SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA.

SEGUNDA.- EN ATENCIÓN A LO DISPUESTO POR LA LEY GENERAL DE SALUD, LOS GOBIERNOS FEDERAL Y ESTATAL CONVIENEN APORTAR LOS RECURSOS FINANCIEROS REQUERIDOS PARA SUFRAGAR LA OPERACIÓN - DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD Y PARA REALIZAR LAS IN--VERSIONES NECESARIAS PARA EL MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS EXISTENTES, EN LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE ACUERDO, DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA INTE--GRACIÓN ORGÁNICA Y DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA DE LOS SERVI--CIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA Y DE LOS ANEXOS TÉCNICOS - QUE SE CONVENGAN, LOS QUE PASARÁN A FORMAR PARTE DE ESTE INS--TRUMENTO.

TERCERA.- EL GOBIERNO DEL ESTADO SE COMPROMETE A REALIZAR - LAS ACCIONES JURÍDICAS Y ADMINISTRATIVAS NECESARIAS CON EL - PROPÓSITO DE INCORPORAR A SU LEY DE INGRESOS Y PRESUPUESTO - DE EGRESOS LOS RECURSOS QUE EN LOS TÉRMINOS DE ESTE ACUERDO--DE COORDINACIÓN EL GOBIERNO FEDERAL POR CONDUCTO DE LA SSA - TRANSFERIRÁ A LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD VÍA SUBSIDIO, DE TAL MANERA QUE LAS AUTORIDADES ESTATALES COMPETENTES ES--TÉN EN CONDICIONES DE VIGILAR EL EJERCICIO DE LOS RECURSOS Y EL CUMPLIMIENTO DE PROGRAMAS EN LOS TÉRMINOS DE LAS DISPOSI--CIONES LEGALES ESTATALES APLICABLES.

EL GOBIERNO DEL ESTADO REALIZARÁ ASIMISMO LO CONDUENTE, -- CONFORME AL PÁRRAFO ANTERIOR, RESPECTO DE LOS RECURSOS QUE - PERCIBAN LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD COMO CONTRAPRESTA--CIÓN A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, LOS CUALES CONFORME A LA LEY GENERAL DE SALUD SE UTILIZARÁN EN PROVECHO DIRECTO--DE LOS PROPIOS SERVICIOS, ASÍ COMO EN LO RELATIVO A LOS IN--GRESOS QUE RESULTEN DE LA IMPOSICIÓN DE SANCIONES EN APLICA--CIÓN DE LA LEY ESTATAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITA--RIO LOCAL.

CUARTA.- EN RELACIÓN AL PROCESO DE PROGRAMACIÓN-PRESUPUES--TACIÓN Y AL PROYECTO DE PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LOS SER---

VICIOS ESTATALES DE SALUD, LAS PARTES CONVIENEN LO SIGUIENTE:

- I. POR LO QUE RESPECTA AL FINANCIAMIENTO FEDERAL, ATENDERÁ A LO PREVISTO POR LA LEY DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y GASTO PÚBLICO FEDERAL Y SU REGLAMENTO, ASÍ COMO A LA NORMATIVA PROGRAMÁTICA Y PRESUPUESTAL ESPECÍFICA QUE EMITA LA SSA EN APOYO A LAS NORMAS GENERALES DE SPP;
- II. SE SUJETARÁ A LAS POLÍTICAS DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD, DEL PLAN ESTATAL DE DESARROLLO Y DEL PROGRAMA ESTATAL DE SALUD QUE SE APRUEBE;
- III. SE DISTINGUIRÁN LOS CONCEPTOS Y PARTIDAS QUE SERÁN FINANCIADOS POR EL GOBIERNO DEL ESTADO DE ACUERDO CON LA ESTRUCTURA QUE PARA TAL EFECTO SE CONVENGA ANUALMENTE, LA CUAL SE FORMALIZARÁ EN LOS ACUERDOS DE COORDINACIÓN PARA ESTABLECER EL PROGRAMA INTEGRAL DE FINANCIAMIENTO E INVERSIÓN.
- IV. SE INTEGRARÁ HASTA EL NIVEL DE PARTIDA PRESUPUESTAL -- CONSIDERANDO SEPARADAMENTE LOS PRESUPUESTOS INDIVIDUALES DE LAS UNIDADES OPERATIVAS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL SEGUNDO NIVEL, DE LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL EN EL CONJUNTO DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA, Y EL CORRESPONDIENTE A LA UNIDAD ADMINISTRATIVA QUE FORMAN LAS OFICINAS CENTRALES, CONFORME A LOS RANGOS GENERALES DE GASTO Y A LAS NORMAS QUE EXPIDA LA SSA;
- V. EL PROYECTO DE PRESUPUESTO DEBERÁ SER PRESENTADO A LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DE LA SSA A MÁS TARDAR EL 30 DE JULIO DE CADA AÑO, CONFORME AL RANGO DE GASTO QUE LA -

SSA LE DARÁ A CONOCER A LOS SERVICIOS ESTATALES DE -
SALUD A MÁS TARDAR EL DÍA ÚLTIMO DEL MES DE JUNIO DE--
CADA AÑO;

- VI. EL CAPÍTULO DE GASTO RELATIVO A SERVICIOS PERSONALES--
SE FORMULARÁ CON SUJECIÓN A LOS TABULADORES Y CATÁLO--
GOS DE PUESTOS QUE EXPIDA LA SSA, CONFORME A LAS NOR--
MAS QUE ESTABLEZCA LA SPP Y, EN EL CASO DE UNIDADES -
MÉDICAS, SE FORMULARÁ ADEMÁS CON BASE EN LAS PLANTI--
LLAS E INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS QUE EXPIDA LA
SSA;
- VII. LA SSA, CON LA AUTORIZACIÓN DE SPP, SANCIONARÁ LA - -
CREACIÓN DE PUESTOS, PARA AMPLIAR LA PLANTILLA PRESU--
PUESTAL AUTORIZADA CONFORME AL MODELO DE SERVICIOS DE
SALUD Y A LA ESTRUCTURA ORGÁNICA AUTORIZADA;
- VIII. LOS CONCEPTOS Y PARTIDAS DEL CAPÍTULO 2000 (MATERIA--
LES Y SUMINISTROS) DE GASTO DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS
DE LA FEDERACIÓN, SE INTEGRARÁN DE CONFORMIDAD CON --
LAS NORMAS TÉCNICAS E INDICADORES DE RECURSOS QUE EMI--
TA LA SSA, PARTICULARMENTE EN LO RELATIVO A MEDICAMEN--
TOS, MATERIAL DE CURACIÓN Y EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉ--
DICO;
- IX. EL FINANCIAMIENTO DEL GOBIERNO DEL ESTADO SE ORIENTA--
RÁ PREFERENTEMENTE A CUBRIR GASTOS DE SERVICIOS GENE--
RALES, DEFINIÉNDOSE TAL SITUACIÓN EN CADA PROYECTO DE
PRESUPUESTO; Y
- X. LOS PRESUPUESTOS DE INVERSIÓN, QUE DEBERÁN SER ACOR--
DES CON EL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA POBLA--
CIÓN ABIERTA, SERÁN APROBADOS POR LA SSA DE ACUERDO -
CON LA NORMATIVA TÉCNICA EXPEDIDA, PARA INTEGRAR EL -

PROGRAMA CONSOLIDADO DE INVERSIONES A EJECUTARSE EN EL EJERCICIO PRESUPUESTAL CORRESPONDIENTE BAJO LA SUPERVISIÓN DE LA PROPIA SSA.

QUINTA.- EL FINANCIAMIENTO PARA LA TOTALIDAD DE LOS CONCEPTOS Y PARTIDAS PRESUPUESTALES CORRESPONDIENTES A SERVICIOS PERSONALES (CAPÍTULO 1000) RELATIVOS A LOS SERVICIOS A QUE SE REFIERE LA FRACCIÓN I DE LA CLÁUSULA PRIMERA, SERÁ PROPORCIONADO ÍNTEGRAMENTE POR LA SSA, CONFORME A LOS TABULADORES, CATÁLOGOS Y A LA PLANTILLA PRESUPUESTAL QUE LA PROPIA DEPENDENCIA Y LA SPP AUTORICE.

EL EJERCICIO DE LOS RECURSOS PRESUPUESTALES CORRESPONDIENTES A SERVICIOS PERSONALES Y, EN CONSECUENCIA, EL PAGO DE LOS TRABAJADORES DE CARÁCTER PERMANENTE SE REALIZARÁ DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS QUE ESTABLECE SPP, PARA LO CUAL LAS PARTES EJECUTARÁN UN PROGRAMA DE TRABAJO QUE PERMITA LLEVAR A CABO LA DESCENTRALIZACIÓN DEL PAGO, EL CUAL DEBERÁ CONCLUIR A MÁS TARDAR EL DÍA ÚLTIMO DE JUNIO DE 1986.

LAS REMUNERACIONES AL PERSONAL DE CARÁCTER TRANSITORIO O TEMPORAL DE SUSTITUCIÓN, PASANTES Y RESIDENTES SERÁN PAGADOS POR LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD EN FORMA DIRECTA CONFORME AL PRESUPUESTO AUTORIZADO POR LA SSA.

EN EL CASO DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL QUE ROTEN EN LAS UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO, SE ESTARÁ A LOS DISPUESTO POR EL CONVENIO DE COORDINACIÓN EN MATERIA DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN RESPECTIVO.

SEXTA.- EL FINANCIAMIENTO DE LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD SE REALIZARÁ A PARTIR DE LAS SIGUIENTES FUENTES DE RECURSOS Y DE LA SIGUIENTE MANERA:

- I. POR LAS APORTACIONES DE LA SSA, MISMAS QUE SE DESTINARÁN A CUBRIR EL PRESUPUESTO DE GASTO CORRIENTE Y DE INVERSIÓN QUE EN CADA EJERCICIO AUTORICE SPP PARA LOS SERVICIOS OBJETO DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA Y DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA Y DE LA OPERACIÓN DE LAS UNIDADES PARA POBLACIÓN ABIERTA QUE SE CONSTRUYAN Y EQUIPEN MEDIANTE AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA SSA;
- II. POR LAS APORTACIONES QUE ANUALMENTE CONVENGA EL GOBIERNO DEL ESTADO PARA CUBRIR PREFERENTEMENTE GASTOS CORRESPONDIENTES A SERVICIOS BÁSICOS Y A CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO, ASÍ COMO A AQUELLOS CONCEPTOS QUE ESTIME PRIORITARIOS PARA LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD;
- III. POR LA CONTRAPRESTACIÓN A LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD POR PARTE DE LOS USUARIOS EN EL 100% DE SU CAPTACIÓN, DE CONFORMIDAD CON LOS TABULADORES DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN QUE SE APRUEBEN, SIN PERJUICIO DE LAS EXENCIONES AL PAGO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN QUE SE REALICEN EN LOS TÉRMINOS DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN QUE PARA TAL EFECTO SE CELEBRE;
- IV. POR LOS INGRESOS QUE PERCIBAN LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, DERIVADOS DE CONVENIOS CELEBRADOS CON INSTITUCIONES DEL SECTOR PARA LA SUBROGACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY GENERAL DE SALUD;
- V.- POR LAS APORTACIONES QUE LOS GOBIERNOS FEDERAL Y ESTATAL CONVENGAN ANUALMENTE A TRAVÉS DE LOS PROGRAMAS DEL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO, LOS CUALES SE DESTINARÁN A CUBRIR GASTOS DE OPERACIÓN Y DE INVERSIÓN PARA LOS -

SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA.

VI. POR LAS APORTACIONES QUE SE CONVENGAN A TRAVÉS DE CRÉDITO EXTERNO, VÍA EL PROYECTO MÉXICO-BID.

VII. POR CUALQUIER OTRA FUENTE LEGAL DE INGRESOS.

SEPTIMA.- EL EJERCICIO DE LOS RECURSOS APROBADOS POR LA -- SPP Y LA SSA PARA LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS MÉDICOS PARA LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD SE REALIZARÁN DE LA SIGUIENTE MANERA:

I. LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO FORMULARÁ UN PROGRAMA ANUAL DE ADQUISICIONES CONFORME A -- LAS NORMAS, POLÍTICAS, CUADROS BÁSICOS E INDICADORES -- QUE AUTORICE LA SSA;

II: LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO PODRÁ SOLICITAR A LA SSA PARTICIPAR EN LOS CONCURSOS NACIONALES DE COMPRA CONSOLIDADA DE MEDICAMENTOS, MATERIAL DE CURACIÓN Y DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO CONFORME AL PROGRAMA A QUE SE REFIERE LA FRACCIÓN ANTERIOR Y EL PRESUPUESTO AUTORIZADO. LA SSA NOTIFICARÁ LOS -- RESULTADOS DEL CONCURSO A LOS PROVEEDORES GANADORES;

III. LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO REALIZARÁ LOS PAGOS A LOS PROVEEDORES GANADORES EN EL CONCURSO CONSOLIDADO CELEBRADO POR LA SSA ÍNTEGRA Y OPORTUNAMENTE CONTRA LA ENTREGA DE LOS INSUMOS, DE CONFORMIDAD A LOS CALENDARIOS DE LA PROGRAMACIÓN DE ADQUISICIONES;

IV. EL INCUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN LA FRACCIÓN ANTERIOR SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA SECRETARÍA DE SALUD

DEL GOBIERNO DEL ESTADO EN LOS TÉRMINOS DE LAS DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES;

- V. NO SE FINCARÁ NINGÚN PEDIDO SI NO SE CUENTA CON DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL SUFICIENTE Y EN NINGÚN CASO DEBERÁN FRACCIONARSE LOS IMPORTES DE LAS OPERACIONES - CON EL FIN DE EVITAR LA CELEBRACIÓN DE CONCURSOS;
- VI. LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO, DEPENDIENDO DE SU VOLUMEN ANUAL DE ADQUISICIONES Y DEL MONTO INDIVIDUAL DE CADA COMPRA, PODRÁ REALIZAR COMPRAS DIRECTAS O DE CONTADO; COMPRAS MEDIANTE NEGOCIACIÓN - CON TRES PROVEEDORES; COMPRAS MEDIANTE INVITACIÓN A - OCHO PROVEEDORES O CONCURSO MENOR, Y COMPRAS MEDIANTE CONCURSO MAYOR O LICITACIÓN PÚBLICA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE ADQUISICIONES Y DEMÁS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES.
- VII. LAS COMPRAS DE INSUMOS MÉDICOS QUE SE REALICEN CON RECURSOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO SE SUJETARÁN A LAS NORMAS ESTATALES APLICABLES.

OCTAVA.- LAS ADQUISICIONES DE MATERIALES Y SUMINISTROS SE REALIZARÁN POR LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO. EN CASO DE QUE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO REALICE LA COMPRA DE EQUIPO DE IMPORTACIÓN DEBERÁ - CUMPLIR CON LA NORMATIVA APLICABLE Y PODRÁ CONTAR CON EL - APOYO Y ASESORÍA DE LA SSA.

NOVENA.- PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS PROVENIENTES DE LA SSA, SE ESTARÁ A LO DISPUESTO POR LA LEY DE - PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y GASTO PÚBLICO FEDERAL Y SU REGLAMENTO, ASÍ COMO A LAS DEMÁS DISPOSICIONES LEGALES Y NORMAS APLICABLES EN LA MATERIA, PERO LO QUE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS PARA GASTOS DE OPERACIÓN SE REALIZARÁ LO - SIGUIENTE:

- I. LA SSA TRANSFERIRÁ VÍA SUBSIDIO (CAPÍTULO 4000) LOS - RECURSOS FINANCIEROS APROBADOS CORRESPONDIENTES AL - GASTO CORRIENTE Y VÍA RAMO XXVI O VÍA SUBSIDIO LOS - RELATIVOS A LOS CAPÍTULOS DE INVERSIÓN (5000 Y 6000)

PARA SU EJERCICIO PRESUPUESTAL; Y

- II. LA SSA OTORGARÁ EN FORMA CALENDARIZADA A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO LOS MONTOS CORRESPONDIENTES A LOS CAPÍTULOS, CONCEPTOS Y PARTIDAS QUE SERÁN EJERCIDOS POR LA DEPENDENCIA ESTATAL CONFORME A LA CALENDARIZACIÓN DEL PRESUPUESTO QUE SE APRUEBE.

DECIMA.- EL FINANCIAMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN INTEGRADA DE INVERSIONES QUE FORMULARÁ ANUALMENTE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO Y QUE DEBERÁ SER AUTORIZADA EN EL SENO DEL COPLADE, SE REALIZARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA:

- I. CON RECURSOS DEL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO, CONFORME A LA ESTRUCTURA FINANCIERA APROBADA;
- II. CON APORTACIONES DE LA SSA, CONFORME AL TECHO FINANCIERO DE INVERSIONES QUE LE SEA AUTORIZADO POR LA SPP;
- III. CON RECURSOS OTORGADOS POR CRÉDITO EXTERNO (BID), DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES CORRESPONDIENTES Y CONSIDERÁNDOLOS COMO RECURSOS FEDERALES;
- IV. CON APORTACIONES DEL GOBIERNO DEL ESTADO;
- V. CON APORTACIONES PROVENIENTES DE CRÉDITOS INTERNOS Y EXTERNOS; Y
- VI. CON APORTACIONES DE LOS MUNICIPIOS, DE GRUPOS SOCIALES INTERESADOS Y DE LA COMUNIDAD.

DECIMA PRIMERA.- LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIONES, EN LO QUE SE REFIERE A LA APORTACIÓN DE LA SSA SE REALIZARÁ DE CONFORMIDAD CON LOS ACUERDOS DE COORDINACIÓN PARA

LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS DESTINADOS A LA EJECUCIÓN DE -
OBRAS PÚBLICAS CELEBRADO EN EL MARCO DEL CUD EL DÍA
DE 1986.

DECIMA SEGUNDA.- LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL -
ESTADO DEBERÁ AJUSTARSE, EN LO QUE SE REFIERE A LA CONTABI-
LIDAD DE LOS RECURSOS FEDERALES TRANSFERIDOS POR LA SSA, A-
LAS SIGUIENTES BASES:

- I. OBSERVARÁ LAS NORMAS Y CRITERIOS QUE LA SSA FIJE PARA
LA CONSOLIDACIÓN Y COMPATIBILIDAD EN EL REGISTRO CON-
TABLE DE LOS RECURSOS FINANCIEROS FEDERALES QUE LE -
TRANSFIERA; Y
- II. APLICARÁ E INSTRUMENTARÁ LOS PROCEDIMIENTOS Y SISTEMAS
QUE PARA EL REGISTRO CONTABLE INDIQUE LA SSA EN APEGO
A LO ESTABLECIDO POR LA SPP.

DECIMA TERCERA.- LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL -
ESTADO EN LO REFERENTE A LA INFORMACIÓN PERIÓDICA Y AL CON-
TROL PRESUPUESTAL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS FEDERALES QUE
LE TRANSFIERAN ESTARÁ OBLIGADA A LO SIGUIENTE:

- I. PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN CONTABLE REQUERIDA POR LA
SSA PARA LA ELABORACIÓN DE LA CUENTA ANUAL DE LA HA--
CIENDA PÚBLICA FEDERAL CONFORME A LOS MANUALES Y CA--
LENDARIOS QUE EXPRESAMENTE LE SEAN ENTREGADOS PARA -
TAL EFECTO;
- II. INTEGRAR Y PRESENTAR A LA SSA ESTADOS FINANCIEROS Y -
CONTABLES DE ACUERDO A LAS NORMAS Y CALENDARIOS ESTA-
BLECIDOS, ASÍ COMO INFORMACIÓN PROGRAMÁTICA Y PRESU--
PUESTAL;
- III. PRESENTAR A LA SSA LA INFORMACIÓN RELATIVA A LOS PLIE

GOS DE OBSERVACIONES O DE RESPONSABILIDAD FORMULADOS COMO RESULTADO DE LA GLOSA CONTABLE CUANDO LE SEA FORMALMENTE SOLICITADA; Y

- IV. DEBERÁ PRESENTAR LOS REPORTES RELATIVOS AL AVANCE FÍSICO-FINANCIERO DEL EJERCICIO EN LOS TÉRMINOS EN QUE SE DISPONE EN LOS ANEXOS TÉCNICOS DEL PRESENTE ACUERDO DE COORDINACIÓN.

DECIMA CUARTA.- LAS MODIFICACIONES PRESUPUESTALES QUE REQUIERA REALIZAR LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO SE REALIZARÁN DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE LA MATERIA QUE FORME PARTE DEL PRESENTE ACUERDO DE COORDINACIÓN - COMO ANEXO TÉCNICO, Y CON LAS SIGUIENTES BASES:

- I. LOS MOVIMIENTOS QUE REQUERIRÁN DE AUTORIZACIÓN EXPRESA Y PREVIA POR PARTE DE LA SSA SON LOS SIGUIENTES:
- A) LAS MODIFICACIONES, DE INCREMENTO O DE REDUCCIÓN, AL CAPÍTULO 1000 (SERVICIOS PERSONALES),
 - B) LAS TRANSFERENCIAS QUE SE REQUIERAN REALIZAR ENTRE CAPÍTULOS DE GASTO CORRIENTE A INVERSIÓN Y VICEVERSA,
 - C) LAS REDUCCIONES AL CONCEPTO 2500 (PRODUCTOS QUÍMICOS FARMACEÚTICOS Y LABORATORIOS), CUANDO EXISTAN COMPROMISOS POR CONCURSO.
- II. EL RESTO DE LAS TRANSFERENCIAS QUE SE REALICEN DEBERÁN ANOTARSE EN LOS REGISTROS DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD CORRESPONDIENTES Y REMITIR EL INFORME CORRESPONDIENTE A LA SSA; Y
- III. LOS REPORTES RELATIVOS A LAS MODIFICACIONES PRESUPUES

TALES QUE SE REALICEN EN LOS TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN-
ANTERIOR DEBERÁN REMITIRSE A LA SSA EN UN PLAZO MÁXI-
MO DE 10 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE SU REALI-
ZACIÓN.

DECIMA QUINTA.- EL GOBIERNO DEL ESTADO, POR CONDUCTO DEL -
ORGANO ESTATAL DE CONTROL, VIGILARÁ EL USO CORRECTO DE LOS-
RECURSOS QUE POR EL PRESENTE INSTRUMENTO SE TRANSFIERAN Y -
RADIQUEN A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO,
CONTANDO, EN SU CASO, CON LA ASESORÍA TÉCNICA Y JURÍDICA DE
LA SECOGEF, EN LOS TÉRMINOS DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PA-
RA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA SECTORIAL CONCERTADO DENOMI-
NADO PROMOCIÓN Y GESTIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL SISTE-
MA ESTATAL DE CONTROL.

DECIMA SEXTA.- LOS RECURSOS QUE LA SSA DESTINE A LOS SERVI-
CIOS ESTATALES DE SALUD QUEDARÁN EXPRESAMENTE AFECTOS A LOS
FINES DE ESTE ACUERDO Y SUJETOS AL RÉGIMEN DE LA LEY DE PRE-
SUPUESTO, CONTABILIDAD Y GASTO PÚBLICO FEDERAL Y SU REGLA-
MIENTO Y A LAS DEMÁS DISPOSICIONES LEGALES FEDERALES APLICA-
BLES. POR CONSIGUIENTE, SERÁ IMPROCEDENTE CUALQUIER TRÁMI-
TE O GESTIÓN QUE SE PROPONGA TRANSFERIR LOS RECURSOS COMPRO-
METIDOS PARA LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO
A OTRAS INSTITUCIONES O SERVICIOS.

DECIMA SEPTIMA.- EN CUANTO AL EJERCICIO, CONTABILIDAD Y -
COMPROBACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS QUE APORTE EL GO-
BIERNO DEL ESTADO A LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, LAS -
PARTES CONVIENEN EN QUE SE ESTARÁ A LO DISPUESTO POR LA LE-
GISLACIÓN LOCAL APLICABLE.

DECIMA OCTAVA.- ADICIONALMENTE A LO ESTABLECIDO EN OTRAS -
CLAÚSULAS DEL PRESENTE ACUERDO, LA SPP SE COMPROMETE A LO -
SIGUIENTE:

I. DAR A CONOCER A LA SSA OPORTUNAMENTE EL TECHO FINAN--

CIERO O RANGO DE GASTO PARA EL EJERCICIO PRESUPUESTAL CONSECUTIVO, A EFECTO DE LOGRAR EFICIENCIA EN EL PROCESO DE PROGRAMACIÓN-PRESUPUESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD Y LA INTEGRACIÓN DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO A QUE SE REFIERE ESTE ACUERDO;

- II. APROBAR LAS NORMAS Y MANUALES PARA EL MANEJO DE RECURSOS FINANCIEROS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA;
- III. ANALIZAR Y, EN SU CASO, AUTORIZAR LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN MATERIA PROGRAMÁTICO-PRESUPUESTAL QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE ACUERDO;
- IV. AUTORIZAR OPORTUNAMENTE LOS TABULADORES Y LA CREACIÓN DE PLAZAS QUE LA SSA SOMETA A SU CONSIDERACIÓN, CONFORME A LAS DISPOSIBILIDADES PRESUPUESTALES Y A LAS POLÍTICAS Y NORMAS APLICABLES; Y
- V. APOYAR EL MEJORAMIENTO Y EXPANSIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD CON RECURSOS DEL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO.

DECIMA NOVENA.- ADICIONALMENTE A LO ESTABLECIDO EN OTRAS CLAÚSULAS DEL PRESENTE ACUERDO, LA SSA SE COMPROMETE A LO SIGUIENTE:

- I. INFORMAR A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO, A MÁS TARDAR EL QUINCE DE DICIEMBRE DE CADA AÑO EL MONTO Y CARACTERÍSTICAS DEL PRESUPUESTO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO ANUAL SUBSECUENTE;
- II. REALIZAR LA PRIMERA TRANSFERENCIA Y RADICACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GO---

BIERNO DEL ESTADO, A MÁS TARDAR EL QUINCE DE ENERO DE CADA AÑO.

- III. APOYAR Y ASESORAR EN LAS ACTIVIDADES DE PROGRAMACIÓN, PRESUPUESTACIÓN, CONTROL Y EVALUACIÓN QUE REALICE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO;
- IV. TRAMITAR ANTE LA SPP SOLICITUDES DE RECURSOS ADICIONALES CUANDO LO JUSTIFIQUEN LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS; Y
- V. SIMPLIFICAR Y AGILIZAR TRÁMITES ADMINISTRATIVOS Y PROCEDIMIENTOS PROGRAMÁTICO-PRESUPUESTALES.

VIGESIMA.- EL GOBIERNO DEL ESTADO SE COMPROMETE A LO SIGUIENTE:

- I. APOYAR CON RECURSOS PROPIOS LA OPERACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO EN LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE ACUERDO DE COORDINACIÓN;
- II. REALIZAR LAS GESTIONES ANTE LA SSA A EFECTO DE PROPONER SOLUCIONES A AQUELLOS PROBLEMAS QUE AFECTEN LA DESCENTRALIZACIÓN DEL PRESUPUESTO A LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD;
- III. PROVEER DENTRO DE SU ÁMBITO LO NECESARIO A EFECTO DE GARANTIZAR LA OBSERVANCIA DEL PRESENTE ACUERDO;
- IV. COORDINAR SUS ACCIONES CON LA SSA A EFECTO DE CONSOLIDAR EL PROGRAMA INTEGRAL DE FINANCIAMIENTO E INVERSIÓN PARA LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD; Y
- V. EL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO AUTORIZADO POR LA SSA A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO, PARA-

EQUIPAMIENTO, REHABILITACIÓN, CONSTRUCCIÓN Y OPERACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS OBJETO DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA Y DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA, SOLAMENTE PODRÁ SER CANALIZADO TAL EFECTO, - POR LO QUE NO PODRÁN OPERAR TRANSFERENCIAS DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO AUTORIZADO HACIA LA OPERACIÓN, - EQUIPAMIENTO, REHABILITACIÓN O CONSTRUCCIÓN DE UNIDADES MÉDICAS FUERA DE LA PROGRAMACIÓN APROBADA POR LA SSA.

VIGESIMA PRIMERA.- EL GOBIERNO DEL ESTADO Y LA SSA CONVIENEN EN QUE ÉSTA ÚLTIMA, EN UN TÉRMINO NO MAYOR DE 120 DÍAS, FORMULARÁ LAS NORMAS Y MANUALES PARA EL MANEJO DE RECURSOS FINANCIEROS PARA LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, LOS CUALES SERÁN PRESENTADOS A LA SPP PARA SU APROBACIÓN EN UN TÉRMINO DE 60 DÍAS.

VIGESIMA SEGUNDA.- LOS ANEXOS TÉCNICOS EN LOS CUALES SE APOYARÁ LA APLICACIÓN DEL CONTENIDO DEL PRESENTE ACUERDO Y QUE POR SU NATURALEZA PASAN A FORMAR PARTE DEL MISMO, SON LOS SIGUIENTES:

- MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE PROGRAMACIÓN PRESUPUESTACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS SSA-IMSS-COPLAMAR.
- PROGRAMA PRESUPUESTO 1986 DE LAS UNIDADES DE LA SSA.
- PROGRAMA PRESUPUESTO 1986 DE LAS UNIDADES IMSS-COPLAMAR.
- MANUAL DE CONTABILIDAD.
- CLASIFICADOR POR OBJETO DEL GASTO.
- MANUAL DE CORRESPONSABILIDAD DEL GASTO PÚBLICO FEDERAL.

- MANUAL UNICO DE OPERACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE DESARROLLO REGIONAL 1985 DE LA SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO.
- CRITERIOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD.
- SISTEMA DE CONVERSIÓN DE LAS CUENTAS, SUBCUENTAS Y SUBSUBCUENTAS PRESUPUESTALES DEL IMSS-COPLAMAR AL CLASIFICADOR POR OBJETO DEL GASTO.

VIGESIMA TERCERA.- SOBRE EL PRESENTE ACUERDO DE COORDINACIÓN, LA SPP DICTAMINA QUE ES CONGRUENTE CON EL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO, EN CONSECUENCIA, SE ADICIONA A ÉL Y QUEDA INSERTO EN SU MARCO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.

VIGESIMA CUARTA.- LOS CASOS DE DUDA SOBRE LA INTERPRETACIÓN DEL PRESENTE ACUERDO Y LAS CONTROVERSIAS QUE PUDIERAN SUSCITARSE CON MOTIVO DE SU EJECUCIÓN, SE RESOLVERÁN CONFORME AL MECANISMO ESTABLECIDO AL RESPECTO EN EL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO EN VIGOR.

VIGESIMA QUINTA.- EL PRESENTE ACUERDO INICIARÁ SU VIGENCIA A PARTIR DE LA FECHA DE SU FIRMA Y SERÁ DE DURACIÓN PERMANENTE, PUDIENDO SER AMPLIADO O MODIFICADO MEDIANTE ACUERDO POR ESCRITO DE LAS PARTES.

EL PRESENTE ACUERDO DE COORDINACIÓN SE SUSCRIBE EN LA CIUDAD DE
 DE 198

A LOS DÍAS DE

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DE LA - SPP, SECOGEF Y SSA, Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE EN MATERIA DE ADMINISTRACION DE RECURSOS FINANCIEROS DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD.

EL C. SECRETARIO DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO

EL C. GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE

CARLOS SALINAS DE GORTARI

EL C. SECRETARIO DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA FEDERACION

EL C. SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO DEL ESTADO

FRANCISCO ROJAS GUTIERREZ

EL C. SECRETARIO DE SALUD

EL C. SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO

GUILLENDO SOBERON ACEVEDO

***ACUERDO PARA ESTABLECER EL PROGRAMA
INTEGRAL DE FINANCIAMIENTO***



SECRETARIA
DE
SALUD

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DE LAS SECRETARIAS DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO, DE SALUD Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE QUERETARO A LOS QUE EN LO SUCESIVO SE DENOMINARA EN ESTE DOCUMENTO SPP, SSA Y GOBIERNO DEL ESTADO, RESPECTIVAMENTE, REPRESENTADOS POR SUS TITULARES LOS C. C. CARLOS SALINAS DE GORTARI Y GUILLERMO SOBERON ACEVEDO, ASI COMO POR EL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO Y EL SECRETARIO DE GOBIERNO DEL MISMO,

PARA ESTABLECER EL PROGRAMA INTEGRAL DE FINANCIAMIENTO E INVERSION EN MATERIA DE SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA

A N T E C E D E N T E S

1. El C. Presidente de la República y el C. Gobernador Constitucional del Estado suscribieron el Convenio Unico de Desarrollo, el cual tiene por objeto instrumentar la política de desarrollo regional establecida en el Plan Nacional de Desarrollo, mediante la coordinación de los Ejecutivos Federal y Estatal.

Dicho Convenio prevé que la SSA celebrará acuerdos de coordinación a efecto de continuar con el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta en el Estado, de conformidad con el Programa Nacional de Atención a Población Abierta y promover la formación y funcionamiento eficiente del Sistema Estatal de Salud.

2. El Programa Nacional de Salud constituye el marco en el cual se establecen las estrategias instrumentales para hacer posible la consolidación del Sistema Nacional de Salud; dentro de dichas estrategias se inscribe la descentralización de los servicios de salud, a través de la cual se busca revertir el proceso centralizador en materia sanitaria mediante una adecuada redistribución de competencias entre los tres niveles de gobierno, la integración programática de sistemas estatales de salud, así como la integración orgánica de dichos sistemas.



SECRETARIA
DE
HACIENDA Y FOMENTO
SALUD

de atención a población abierta bajo la gestión de los gobiernos locales con un esquema de asignación y aprovechamiento racional de los recursos.

3. En atención a la distribución de competencias que en materia de salubridad general establece la Ley General de Salud, los gobiernos de las entidades federativas tienen entre otras atribuciones las de coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero y formular y desarrollar programas locales de salud.

Asimismo, en dicha Ley se determina que, el Gobierno Federal y los Gobiernos de las Entidades Federativas, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, aportarán los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de servicios de salubridad general.

En virtud de lo anterior y con fundamento en los artículos 22, 32, 32 bis y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 33 y 34 de la Ley de Planeación; 10., 40., 50., y 25 de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público; 10., 20., 40., y 70., de la Ley de Obras Públicas; 12, 19 y 21 de la Ley General de Salud, y en la legislación aplicable del Estado de los ejecutivos federal y estatal convienen en suscribir el presente Acuerdo, cuya ejecución se realizará al tenor de las siguientes

C L A U S U L A S

PRIMERA. - La SPP, la SSA y el Gobierno del Estado, en el marco del programa de descentralización de los servicios de salud, acuerdan coordinar sus acciones para establecer el Programa Integral de Financiamiento e Inversión en materia de Servicios de Salud a Población Abierta

SECRETARIA
DE

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
SALUD

SEGUNDA. - El presente Acuerdo tiene por objeto establecer los montos, distribución, fuentes de financiamiento y destino del Programa de Inversiones que en materia de salud se llevará a cabo en la Entidad, así como la integración de fuentes de financiamiento para la operación de los servicios de salud a población abierta para el ejercicio

TERCERA. - El monto total del Programa Integral de Inversiones en materia de salud del Estado de para el año de asciende a la cantidad de millones de pesos.

CUARTA. - El presupuesto de inversión y de operación que destinará la SSA para aplicarse en la entidad asciende a la cantidad de millones de pesos, lo cual representa un incremento de sobre el ejercido durante el año de . De este monto la SSA transferirá al Estado los recursos que procedan de conformidad con el Acuerdo de Coordinación correspondiente. Para gastos de operación de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado la SSA aplicará de su presupuesto la suma de millones de pesos, además de lo correspondiente a servicios personales. De las inversiones federales millones de pesos corresponderán al Programa-Presupuesto normal de la SSA y millones de pesos al Programa Especial del CUD que realiza coordinadamente la SPP y la SSA.

QUINTA. - El Gobierno del Estado participará en el financiamiento de los Servicios de Salud a Población Abierta con la cantidad de millones de pesos, provenientes de fuentes presupuestales propias. Esta suma se distribuirá de la siguiente manera:

- I. Servicios Locales a Población Abierta. El financiamiento de los servicios propios en ascenderá a millones de pesos, incluyendo aportaciones a municipios.
- II. Aportación a los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado. De conformidad con lo establecido en la Ley General de Salud el Gobierno del Estado aportará a los Servicios Coordinados de Salud Pública la cantidad de



SECRETARIA

DE

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

SALUD

millones de pesos, lo cual representa un incremento de _____ respecto de su erogación en _____. De este monto _____ millones se destinarán a financiar la operación de los servicios, procurando su orientación al financiamiento de los servicios (capítulo 3000 de gasto).

- III. Inversión complementaria a la federal. El estado, en la realización de proyectos conjuntos de inversión con la SSA para el mejoramiento de la infraestructura de servicios de salud, aportará la cantidad de _____ millones de pesos.

SEX TA. - De los recursos distribuibles que para programas de desarrollo regional y regionales de empleo del Convenio Unico de Desarrollo que tiene autorizados el Estado, éste destinará la cantidad de _____ millones de pesos para programas de salud, correspondiendo _____ millones de pesos a recursos federales y _____ millones de pesos a recursos del Estado. El monto total de los recursos (_____ millones de pesos) se aplicarán a gastos de inversión.

SEPTIMA. - La relación de obras que se llevarán a cabo con base en el programa de inversiones que se conviene se detalla en el anexo técnico que se agrega a este instrumento.

OCTAVA. - Con el objeto de que en la ejecución de lo que este Acuerdo señala se respeten las prioridades establecidas y se guarde la debida congruencia con el Programa Nacional de Salud 1984-1988 y con el Plan Estatal de Desarrollo, la coordinación de las acciones de las instancias de gobierno federal y estatal se realizará en el seno del Comité Estatal de Planeación para el Desarrollo de la Entidad.

NOVENA. - Sobre el presente Acuerdo, la SPP dictamina que es congruente con el Convenio Unico de Desarrollo en consecuencia, se adiciona a él para formar parte de su contexto.



SECRETARIA
DE
SALUD

DECIMA. - Las partes manifiestan su conformidad para que en caso de duda sobre la interpretación del presente Acuerdo, respecto a su instrumentación, formalización y cumplimiento, se estará a lo previsto en el Convenio Único de Desarrollo.

DECIMA PRIMERA. - El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su firma, pudiendo revisarse y modificarse conforme a lo establecido en los preceptos y lineamientos que lo originan.

El presente Acuerdo se suscribe en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ de 198 _____.

***ACUERDO DE COORDINACION PARA LA EXENCION
DE CUOTAS DE RECUPERACION***

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, EN LO SUCESIVO, "LA SSA", REPRESENTADA POR SU TITULAR, DR. GUILLERMO SOBERON ACEVEDO, Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE EN ADELANTE " EL GOBIERNO DEL ESTADO, REPRESENTADO POR EL

PARA QUE EL EJECUTIVO DEL ESTADO, EN SU CARACTER DE COORDINADOR DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, AUTORIZA LA EXENCION DEL PAGO DE CUOTAS DE RECUPERACION, DE CONFORMIDAD CON LOS ANTECEDENTES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

A N T E C E D E N T E S

1.- EL NUEVO PÁRRAFO TERCERO DEL ARTÍCULO 40. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ELEVA AL RANGO DE GARANTÍA SOCIAL EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, LO QUE SIGNIFICA UN COMPROMISO DEL ESTADO MEXICANO DE ASEGURAR UN MÍNIMO DE SALUD A LOS HABITANTES DEL TERRITORIO NACIONAL.

2.- EL EJECUTIVO FEDERAL A TRAVÉS DE LOS DECRETOS PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DEL 30 DE AGOSTO DE 1983 Y 8 DE MARZO DE 1984, ESTABLECIÓ LAS BASES PARA EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA ENTONCES SECRETARÍA DE SALUD Y ASISTENCIA, A EFECTO DE ADMINISTRAR LAS PRIORIDADES ESTABLECIDAS EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1983-1988 Y LOGRAR LA DESCENTRALIZACIÓN GRADUAL DE LOS SERVICIOS, A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS ESTATALES DE SALUD DE ACUERDO CON UNANORMATIVIDAD NACIONAL, LLEVANDO AL USO MÁS EFICIENTE DE LOS RECURSOS Y CON ELLO LA EFECTIVIDAD PROGRESIVA DEL DERECHO CONSTITUCIONAL Y LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

3.- EL PROPIO PLAN SEÑALA COMO PROPÓSITOS FUNDAMENTALES TENDER HACIA UNA COBERTURA NACIONAL DE LOS SERVICIOS

Y EL MEJORAR EL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACIÓN, PARTICULARMENTE DE LOS SECTORES RURALES Y URBANOS REZAGADOS Y CON ESPECIAL PREOCUPACIÓN POR LOS GRUPOS MÁS VULNERABLES, Y

4.- LA LEY GENERAL DE SALUD EN SU ARTÍCULO 36, SEÑALA QUE LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN QUE EN SU CASO SE RECAUDEN POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, SE FUNDARÁN EN PRINCIPIOS DE SOLIDARIDAD SOCIAL Y GUARDARÁN RELACIÓN -- CON LOS INGRESOS DE LOS USUARIOS DEBIÉNDOSE EXIMIR DEL COBRO CUANDO EL USUARIO CAREZCA DE RECURSOS PARA CUBRIRLOS, O EN LAS ZONAS DE MENOR DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL, CONFORME A LAS DISPOSICIONES DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

CON BASE EN LOS ANTECEDENTES MENCIONADOS Y FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 115, FRACCIÓN X, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 22 Y 39 DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, 33 Y 34 DE LA LEY DE PLANEACIÓN, 19 Y 36 DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y EN LA LEGISLACIÓN APLICABLE EN EL ESTADO DE LOS EJECUTIVOS FEDERAL Y ESTATAL, CONVIENEN EN SUSCRIBIR EL PRESENTE ACUERDO; CUYA EJECUCIÓN SE REALIZARÁ AL TENOR DE LAS SIGUIENTES:

C L A U S U L A S

PRIMERA.- EL PRESENTE ACUERDO TIENE POR OBJETO ESTABLECER LAS BASES PARA QUE "EL GOBIERNO DEL ESTADO", EN SU CARÁCTER DE COORDINADOR DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, AUTORICE LA EXENCIÓN DEL PAGO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE PRESTA A LA POBLACIÓN, TANTO EN EL MEDIO RURAL, COMO URBANO.

SEGUNDA.- LA EXENCIÓN QUE SE PACTA EN LA ANTERIOR CLÁUSULA SE SUJETARÁ A LOS SIGUIENTES LINEAMIENTOS:

I.- LOS SERVICIOS DE SALUD CORRESPONDIENTES AL -- PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN LOCALIDADES DEL MEDIO RURAL, ASÍ COMO LOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL MEDIO URBANO, SERÁN PRESTADOS Y LAS MEDICINAS PROPORCIONADOS SIN QUE MEDIE PAGO - ALGUNO A CARGO DEL USUARIO.

II.- EN LO TOCANTE A LOS SERVICIOS DE SALUD CO - RRESPONDIENTES AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, SOLO SE EXIMIRÁ EL PAGO CUANDO EL USUARIO CAREZCA DE RECURSOS PARA CUERIR EL MONTO DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN Y DE LAS MEDICINAS.

TERCERA.- "LA SSA" PROPORCIONARÁ MEDICAMENTOS COMI FORME AL CUADRO BÁSICO, SIENDO RESPONSABILIDAD DE "EL GOBIERNO DEL ESTADO", PROPORCIONAR LA CANTIDAD DE: -----

----- (M.N.), MENSUALES A PARTIR DEL DE 198 , COMO UNA AMPLIACIÓN AL PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD ESTATAL, , COMPROBABLE AL MISMO GOBIERNO ESTATAL, Y QUE CUBRIRÁ EL MONTO DE LOS RECURSOS QUE LAS UNIDADES-APLICATIVAS DEJARÁN DE PERCIBIR EN VIRTUD DE LAS EXENCIONES, - OBJETO DEL PRESENTE ACUERDO, Y SE APLICARÁN EstrictAMENTE A - LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE DICHAS UNIDADES.

ESTA APORTACIÓN SE INCREMENTARÁ ANUALMENTE EN LA MISMA PROPORCIÓN QUE EL SALARIO MÍNIMO EN EL DISTRITO FEDERAL.

CUARTA.- "LA SSA" Y "EL GOBIERNO DEL ESTADO", SE COMPROMETEN A INSTRUIR AL PERSONAL ENCARGADO DE SUMINISTRAR - MEDICAMENTOS Y PRESTAR ATENCIÓN MÉDICA, A FIN DE QUE LA EXENCIÓN DE LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN CUMPLAN SU OBJETIVO.

ASIMISMO, SE PROMOVERÁ E INFORMARÁ A LA POBLACIÓN SOBRE LA CORRECTA APLICACIÓN DE DICHA EXENCIÓN.

QUINTA.- EN LA EJECUCIÓN DE ESTE ACUERDO DE COORDINACIÓN SE DARÁ LA PARTICIPACIÓN QUE CORRESPONDA A LAS DEMÁS DEPENDENCIAS DEL EJECUTIVO FEDERAL.

SEXTA.- LOS CASOS DE DUDA SOBRE LA INTERPRETACIÓN DEL PRESENTE ACUERDO Y LAS CONTROVERSIAS QUE PUDIERAN SUSCITARSE CON MOTIVO DE SU EJECUCIÓN, SE RESOLVERÁN CONFORME AL MECANISMO ESTABLECIDO AL RESPECTO EN EL CONVENIO ÚNICO DE DESARROLLO EN VIGOR.

SEPTIMA.- EL PRESENTE ACUERDO INICIARÁ SU VIGENCIA A PARTIR DE LA FECHA DE SU FIRMA Y SERÁ DE DURACIÓN PERMANENTE, PUDIENDO SER AMPLIADO O MODIFICADO MEDIANTE ACUERDO POR ESCRITO DE LAS PARTES.

PARA SU DEBIDA OBSERVANCIA Y CABAL CUMPLIMIENTO, SE FIRMA EN LA CIUDAD _____, A LOS
DÍAS DEL MES DE _____ DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y _____

***ACUERDO DE COORDINACION PARA DESCENTRALIZAR
FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACION SANITARIA***

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL --
 POR CONDUCTO DE LAS SECRETARIAS DE PROGRAMACION Y PRESUPUES-
 TO, DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA FEDERACION Y DE SALUD Y
 EL EJECUTIVO DEL ESTADO DE CON EL PROPOSITO DE DES-
 CENTRALIZAR EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGU-
 LACION SANITARIA EN LA ENTIDAD.

LAS SECRETARÍAS DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO, DE LA CONTRA-
 LORÍA GENERAL DE LA FEDERACIÓN Y DE SALUD Y EL EJECUTIVO --
 DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE A LOS QUE EN LO SU-
 CESIVO SE LES DENOMINARÁ EN ESTE DOCUMENTO: SPP, CONTRALO-
 RÍA, SSA Y EL GOBIERNO DEL ESTADO, RESPECTIVAMENTE, REPRESENTADOS POR SUS TITULARES LOS CC. CARLOS SALINAS DE GORTARI, FRANCISCO ROJAS GUTIÉRREZ Y GUILLERMO SOBERÓN ACEVEDO, ASÍ COMO POR EL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO Y LOS SECRETARIOS DE GOBIERNO Y DE SALUD HAN CONVENIDO EN FORMALIZAR LA DESCENTRALIZACIÓN DEL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA EN LA ENTIDAD, EN EL MARCO DEL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO Y EL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA Y LA DESCENTRALIZACIÓN -- OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO.

A N T E C E D E N T E S

1. LA LEY GENERAL DE SALUD REGLAMENTARIA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, ESTABLECE QUE LA ORGANIZACIÓN, OPERACIÓN, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA PODRÁN SER EJERCIDAS POR LOS GOBIERNOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, SUJETÁNDOSE A LA NORMATIVA QUE EMITA LA SSA Y MEDIANTE LA CELEBRACIÓN DE LOS ACUERDOS DE COORDINACIÓN RESPECTIVOS;

2. EL DECRETO POR EL QUE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES -- PROCEDERÁN A ELABORAR EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZA -- CIÓN ADMINISTRATIVA QUE ASEGURE EL AVANCE DE DICHO -- PROCESO, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERA -- CIÓN EL 18 DE JUNIO DE 1984, CONTEMPLA QUE LAS DEPEND -- ENCIAS Y ENTIDADES DEBERÁN PREVER LA DESCENTRALIZA -- CIÓN DE FUNCIONES, ASÍ COMO DEL PERSONAL Y LOS RECUR -- SOS PRESUPUESTALES RELACIONADOS CON LAS MISMAS; LA -- COORDINACIÓN DE ACCIONES DEL EJECUTIVO FEDERAL CON -- LOS GOBIERNOS DE LOS ESTADOS Y A TRAVÉS DE ÉSTOS CON -- LOS MUNICIPIOS, EN EL MARCO DEL CONVENIO UNICO DE DE -- SARROLLO; LA ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE DESCENTRA -- LIZACIÓN ADMINISTRATIVA QUE ASEGURE EL AVANCE EN DI -- CHO PROCESO, DETERMINANDO LAS ACCIONES A REALIZAR A -- MEDIANO Y CORTO PLAZO, ASÍ COMO LOS MECANISMOS Y MODA -- LIDADES ESPECÍFICAS, DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DE SU MATERIA;
3. MEDIANTE EL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO SUSCRITO EN 1984 POR EL EJECUTIVO FEDERAL Y EL EJECUTIVO DEL ESTA -- DO DE SE ESTABLECE QUE LOS EJECUTIVOS FEDE -- RAL Y ESTATAL REALIZARÁN LAS ACCIONES QUE RESULTEN NE -- CESARIAS PARA LLEVAR A CABO LA INTEGRACIÓN PROGRAMÁTI -- CA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO, ASÍ COMO -- PARA REFORZAR LA COORDINACIÓN EN EL EJERCICIO CONCU -- RRENTE DE SUS ATRIBUCIONES EN MATERIA DE SALUBRIDAD -- GENERAL. PARA TAL EFECTO, DEBERÁN CELEBRAR EL ACUER -- DO DE COORDINACIÓN RESPECTIVO Y PROMOVER LA FORMACIÓN -- Y FUNCIONAMIENTO DE UN SISTEMA ESTATAL DE SALUD, POR -- MEDIO DE LA DESCONCENTRACIÓN Y DESCENTRALIZACIÓN DE -- COMPETENCIAS Y FACULTADES QUE PROCEDAN;
4. EL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO 1985, SUSCRITO ENTRE EL EJECUTIVO FEDERAL Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO DE

ESTABLECE QUE AL CONCLUIR SATISFACTORIAMENTE - LA ETAPA DE COORDINACIÓN PROGRAMÁTICA DEL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ENTIDAD PROCEDE LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA (SSA) Y DEL PROGRAMA "IMSS-COPLAATAR"; EL COMPROMISO DE LOS DOS NIVELES DE GOBIERNO EN LO QUE SE REFIERE A LAS FUNCIONES DE AUTORIDAD SANITARIA EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL Y LA REALIZACIÓN DE LAS ACCIONES NECESARIAS PARA ESTABLECER LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA QUE SE ENCARGUE DE EJERCERLAS;

5. EN EL ACUERDO DE COORDINACIÓN ENTRE EL EJECUTIVO FEDERAL, EL IMSS Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO DE PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA Y LA DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ENTIDAD CELEBRADO EL DÍA DE DE SE ESTABLECEN LAS BASES, COMPROMISOS Y RESPONSABILIDADES PARA LA DESCENTRALIZACIÓN DEL EJERCICIO DE LAS FACULTADES DE REGULACIÓN SANITARIA QUE CORRESPONDEN A LA SSA; SE CONFÍA A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO LA RESPONSABILIDAD DE PRESTAR LOS SERVICIOS DE REGULACIÓN SANITARIA DE CONFORMIDAD CON LOS ACUERDOS ESPECÍFICOS Y NORMAS TÉCNICAS QUE EMITA LA SSA Y SE DISTRIBUYEN COMPETENCIAS EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL, RESERVÁNDOSE A LA AUTORIDAD SANITARIA FEDERAL LA REALIZACIÓN DIRECTA DE CUALQUIER ACTO RELACIONADO CON LA MATERIA.
6. EL GOBIERNO DEL ESTADO PUBLICÓ LA LEY ESTATAL DE SALUD, QUE REGLAMENTA LA COMPETENCIA DEL ESTADO Y LOS MUNICIPIOS EN MATERIAS DE SALUBRIDAD LOCAL; ESTABLECE EL EJERCICIO COORDINADO Y LA PARTICIPACIÓN DEL GOBIERNO ESTATAL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUBRIDAD GENERAL, SUJETÁNDOSE A LAS NORMAS TÉCNICAS QUE

EMITA LA SSA; PREVÉ EL IMPULSO A LA DESCENTRALIZACIÓN DE LAS FACULTADES DE AUTORIDAD A LOS MUNICIPIOS; DETERMINA LA ORGANIZACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO, COMO ÓRGANO DE AUTORIDAD COMPETENTE PARA EJERCER LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA Y LA CELEBRACIÓN DE LOS ACUERDOS RESPECTIVOS CON LA SSA EN LAS MATERIAS QUE CONFORME A LA LEY GENERAL DE SALUD SEAN DE INTERÉS COMÚN.

EN BASE A LOS ANTECEDENTES MENCIONADOS Y CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 40., 25; 26 Y 115 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; 22, 32, 32 BIS Y 39 DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL; 33 Y 34 DE LA LEY DE PLANEACIÓN; 10, 20, 40, 50 Y 25 DE LA LEY DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y GASTO PÚBLICO FEDERAL; 30, 40, 70, 90, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 194, 197, 199, 368, 380, 393, 396 Y DEMÁS RELATIVOS DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y , DE LA LEY ESTATAL DE SALUD, LOS EJECUTIVOS FEDERAL Y ESTATAL CONVIENEN EN CELEBRAR EL PRESENTE ACUERDO BAJO LAS SIGUIENTES:

C L A U S U L A S

PRIMERA. EL OBJETO DEL PRESENTE ACUERDO ES DESCENTRALIZAR EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA QUE EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL OTORGA LA LEY GENERAL DE SALUD A LA SSA DE MANERA EXCLUSIVA, ASÍ COMO ESTABLECER LAS BASES Y MODALIDADES PARA EL EJERCICIO COORDINADO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA QUE SE CONFIEREN DE MANERA DIRECTA POR LA LEY GENERAL DE SALUD A LAS PROPIAS ENTIDADES.

SE ENTIENDE POR CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA EL CONJUNTO DE ACTOS QUE LEVE A CABO LA AUTORIDAD A FIN DE PREVENIR --

RIESGOS Y MEJORAR LAS CONDICIONES DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN, QUE PARA LOS EFECTOS DE ESTE ACUERDO COMPRENDE: EL OTORGAMIENTO DE AUTORIZACIONES, LA VIGILANCIA SANITARIA, LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD Y LA IMPOSICIÓN DE SANCIONES RESPECTO A LOS ESTABLECIMIENTOS, PRODUCTOS, SERVICIOS O PERSONAS A QUE SE REFIERE LA LEGISLACIÓN SANITARIA APLICABLE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL FOMENTO SANITARIO.

SEGUNDA.- EL PRESENTE INSTRUMENTO TIENE COMO FINALIDADES ESENCIALES LAS SIGUIENTES:

- I. DEFINIR EL TIPO Y CARACTERÍSTICAS DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA CUYO EJERCICIO SE DESCENTRALIZA AL GOBIERNO DEL ESTADO;
- II. PRECISAR QUE LA NORMATIVA, PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN NACIONALES DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA CUYO EJERCICIO SE DESCENTRALIZA SERÁN REALIZADAS POR LA SSA;
- III. ESTABLECER QUE LA ORGANIZACIÓN, OPERACIÓN, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA CUYO EJERCICIO SE DESCENTRALIZA QUEDARÁN A CARGO DEL GOBIERNO DEL ESTADO, A TRAVÉS DE SU SECRETARÍA DE SALUD CON SUJECCIÓN A LA NORMATIVA QUE EMITA LA SSA;
- IV. DETERMINAR LAS BASES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS PARA QUE EL GOBIERNO DEL ESTADO EJERZA LAS FACULTADES QUE SE DESCENTRALIZAN; Y
- V. ESTABLECER LAS MEDIDAS LEGALES, TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS QUE LAS PARTES SE OBLIGAN A ADOPTAR O PROMOVER PARA EL MEJOR CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

TERCERA.- EL GOBIERNO DEL ESTADO Y LA SSA CONVIENEN QUE HASTA EN TANTO NO CULMINE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA EN LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO, EL TITULAR DE ÉSTA ASUMIRÁ LA REPRESENTACIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA FEDERAL EN EL ESTADO, A FIN DE EVITAR DETERIOROS EN EL ÁREA SANITARIA.

CUARTA.- LAS PARTES ACUERDAN QUE LAS FUNCIONES DE REGULACIÓN Y CONTROL SANITARIO QUE SE DESCENTRALIZAN, CONFORME A LA LEY GENERAL DE SALUD Y A FIN DE CONSOLIDAR EL SISTEMA ESTADAL DE SALUD, SE OPERARÁN DE CONFORMIDAD CON LOS ANEXOS TÉCNICOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE ACUERDO Y PASARÁN A FORMAR PARTE DEL MISMO.

QUINTA.- CORRESPONDE A LA SSA:

- I. EMITIR LAS NORMAS TÉCNICAS A QUE DEBERÁ SUJETARSE LA ORGANIZACIÓN, OPERACIÓN, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA QUE SE DESCENTRALIZAN AL GOBIERNO DEL ESTADO;
- II. VIGILAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS TÉCNICAS QUE EMITA;
- III. PROPORCIONAR AL GOBIERNO DEL ESTADO LA INFORMACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA NECESARIA PARA EL EFICAZ CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO;
- IV. FORMULAR LAS GUÍAS Y LINEAMIENTOS PARA LA INTEGRACIÓN Y APROBACIÓN DE LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DEL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA QUE APOYEN EL DESARROLLO DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN, Y
- V. FOMENTAR Y VIGILAR QUE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL EJERCICIO

CICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA EN LA ENTIDAD SE INSCRIBA EN UN PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN Y SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA PRESTACIÓN DE DICHO SERVICIOS.

SEXTA.- CORRESPONDE AL GOBIERNO DEL ESTADO:

- I. ORGANIZAR, OPERAR, SUPERVISAR Y EVALUAR EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA -- OBJETO DE ESTE INSTRUMENTO, DE ACUERDO A LAS NORMAS -- TÉCNICAS Y LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS QUE APRUEBE LA SSA;
- II. PROPORCIONAR EL APOYO E INFORMACIÓN NECESARIOS A FIN DE QUE EL PERSONAL AUTORIZADO POR LA SSA REALICE LAS FACULTADES QUE LE CONFIERE LA FRACCIÓN II DE LA CLÁUSULA QUINTA DE ESTE ACUERDO; Y
- III. EJERCER LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA QUE SE LE DESCENTRALIZAN, CONFORME A LOS ANEXOS -- TÉCNICOS QUE DERIVADOS DEL PRESENTE ACUERDO DETERMINEN LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE TALES FUNCIONES.

SEPTIMA.- LA SSA DESCENTRALIZA AL GOBIERNO DEL ESTADO, CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 13 APARTADO A Y 18 SEGUNDO PÁRRAFO DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES QUE DE MANERA EXCLUSIVA LE CONFIERE LA PROPIA LEY, Y QUE A CONTINUACIÓN SE ENUNCIAN Y DE MANERA LIMITATIVA SE ESTABLECERÁN EN LOS ANEXOS TÉCNICOS DE ESTE ACUERDO:

A) EN MATERIA DE AUTORIZACIONES

- 1.- LICENCIAS SANITARIAS.- RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD; PRÁCTICA DE LA VISITA DE INSPECCIÓN PARA VERIFICAR LAS CONDICIONES DEL ESTABLECIMIENTO O VEHÍCULO; COMUNICACIÓN EN SU CASO, A LOS INTERE...

SADOS DE LAS DEFICIENCIAS SANITARIAS QUE EXISTAN CON UN PLAZO PARA SU CORRECCIÓN; ELABORACIÓN DEL DICTAMEN RELATIVO A LA PROCEDENCIA DE LA SOLICITUD, Y EN SU CASO, EXPEDICIÓN, REVALIDACIÓN, O REVOCACIÓN DE LA LICENCIA SANITARIA.

QUEDA RESERVADA A LA SSA LA FACULTAD DE EXPEDIR, REVOCAR O REVALIDAR LA LICENCIA SANITARIA, DE -- LOS ESTABLECIMIENTOS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS, BEBIDAS ALCOHÓLICAS, TABACO, PLAGUICIDAS, FERTILIZANTES, RADIACIONES IONIZANTES, EQUIPO MEDICO, ESTUPEFACIENTES, SUBSTANCIAS PSICOTRÓPICAS, SUBSTANCIAS TÓXICAS, PRÓTESIS, ÓRTEISIS, AYUDAS FUNCIONALES, AGENTES DE DIAGNÓSTICO, INSUMOS DE USO ODONTOLÓGICO, MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN, POR LO QUE LA AUTORIDAD ESTATAL DEBERÁ -- REMITIR EL EXPEDIENTE CON EL DICTAMEN REFERIDO -- EN EL PÁRRAFO ANTERIOR A LA UNIDAD DE LA SSA COMPETENTE PARA TALES EFECTOS, SIN PERJUICIO DE QUE EJERZA LAS DEMÁS ATRIBUCIONES DE AUTORIDAD QUE -- SE DESCENTRALIZAN.

EL GOBIERNO DEL ESTADO, EN LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE INSTRUMENTO, PODRÁ EXPEDIR, REVALIDAR O REVOCAR LA LICENCIA SANITARIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEDICADOS AL EXPENDIO DE TABACO.

LA SSA DETERMINARÁ DISCRECIONALMENTE LOS ESTABLECIMIENTOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ALIMENTOS, PRODUCTOS HIGIÉNICOS, DE PERFUMERÍA, BELLEZA Y ASEO, RESPECTO DE LOS CUALES SE RESERVA LA FACULTAD DE EXPEDIR, REVALIDAR O REVOCAR LA LICENCIA SANITARIA CORRESPONDIENTE.

- 2.- PERMISOS SANITARIOS.- RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD, INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE Y EXPEDICIÓN O REVOCACIÓN DEL PERMISO SANITARIO CORRESPONDIENTE.

LA SSA SE RESERVA LA FACULTAD DE EXPEDIR O REVOCAR EL PERMISO SANITARIO EN LAS ETAPAS DEL PROCESO QUE SE DETERMINEN EN LOS ANEXOS TÉCNICOS DE ESTE ACUERDO RESPECTO A LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON ESTUPEFACIENTES, SUBSTANCIAS PSICOTRÓPICAS, TABACO, SUBSTANCIAS TÓXICAS, MEDICAMENTOS, BEBIDAS ALCOHÓLICAS, PLAGUICIDAS, FERTILIZANTES, RADIACIONES IONIZANTES, EQUIPO MÉDICO, PRÓTESIS, ÓRTESIS, AYUDAS FUNCIONALES, AGENTES DE DIAGNÓSTICO, MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN; ASIMISMO LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PUBLICIDAD. POR LO QUE LA AUTORIDAD SANITARIA ESTADAL SÓLO PARTICIPARÁ HASTA LA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE, QUE DEBERÁ REMITIR A LA UNIDAD COMPETENTE DE LA SSA PARA TAL EFECTO Y COADYUVAR EN EL DEPÓSITO DE ESTUPEFACIENTES Y PRODUCTOS QUE LOS CONTENGAN, QUE HAYAN SIDO ASEGURADOS O PUESTOS A DISPOSICIÓN DE LA SSA. LA SSA DETERMINARÁ DISCRECIONALMENTE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ALIMENTOS, PRODUCTOS HIGIÉNICOS, DE PERFUMERÍA, BELLEZA Y ASEO, RESPECTO DE LAS CUALES SE RESERVA LA FACULTAD DE EXPEDIR O REVOCAR EL PERMISO SANITARIO CORRESPONDIENTE.

- 3.- REGISTRO SANITARIO.- RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD, INTEGRAR EL EXPEDIENTE PARA SU REMISIÓN A LA UNIDAD DE LA SSA QUE SE ESTABLEZCA COMO ÚNICA FACULTADA PARA LA EXPEDICIÓN DEL REGISTRO RESPECTIVO.

- 4.- NOTIFICACIÓN.- EN TODOS AQUELLOS CASOS EN QUE LA SSA EXPIDA, REVALIDE O REVOQUE LAS AUTORIZA-

CIONES A QUE SE REFIERE ESTA CLÁUSULA, EL RESULTADO SE LE COMUNICARÁ AL INTERESADO POR CONDUCTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA ESTATAL.

B) EN MATERIA DE VIGILANCIA SANITARIA

ORDENAR Y PRACTICAR LAS VISITAS DE INSPECCIÓN QUE SEAN A SU CARGO Y LAS QUE DETERMINE LA SSA, A FIN DE DAR CUMPLIMIENTO AL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA QUE SE DESCENTRALIZAN.

C) EN MATERIA DE MEDIDAS DE SEGURIDAD E IMPOSICIÓN DE SANCIONES

LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD A QUE SE REFIEREN LAS FRACCIONES VI, VII, IX, X, XI, XII Y XIII DEL ARTÍCULO 404 DE LA LEY GENERAL DE SALUD E IMPOSICIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS PREVISTAS EN LA PROPIA LEY Y SUS REGLAMENTOS Y QUE RESULTEN COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE VIGILANCIA SANITARIA QUE SE DESCENTRALIZAN O BIEN CUANDO ASÍ LO REQUIERA LA SSA.

D) EN MATERIA DE RECURSOS DE INCONFORMIDAD

RESPECTO DE LOS ACTOS Y RESOLUCIONES EMITIDOS POR EL GOBIERNO DEL ESTADO, CONOCER DEL ESCRITO DE INCONFORMIDAD Y DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE; VERIFICAR SU PROCEDENCIA Y SI FUE INTERPUESTO EN TIEMPO; REQUERIR AL PROMOYENTE EN SU CASO, PARA QUE LO ACLARE; RECIBIR, ADMITIR, DESAHOGAR Y VALORAR LAS PRUEBAS QUE SE OFREZCAN; ACORDAR SU ADMISIÓN O DESECHAMIENTO Y EMITIR LA RESOLUCIÓN QUE CONFIRME, MODIFIQUE O REVOQUE EL ACTO O RESOLUCIÓN RECURRIDO Y NOTIFICARLA CONFORME A LAS DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES.

E) EN LO RELATIVO AL PROGRAMA CONTRA LA FARMACODPENDENCIA

SE ESTARÁ A LO DISPUESTO EN EL DECRETO PUBLICADO EN - EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 26 DE FEBRERO - DE 1985 Y A LOS ACUERDOS ESPECÍFICOS QUE SE CELEBREN.

OCTAVA.- EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 13 APARTADO B, 18 PRIMER PÁRRAFO Y 199 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, LA SSA ASESORARÁ AL GOBIERNO DEL ESTADO EN EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES QUE A ÉSTE LE CONFIERE DE MANERA DIRECTA LA PROPIA LEY, Y QUE A CONTINUACIÓN SE ENUNCIAN:

A) EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS EFECTOS NOCIVOS DE LOS FACTORES AMBIENTALES EN LA SALUD DEL HOMBRE.

- 1.- EJERCER LAS ACCIONES DE SANEAMIENTO BÁSICO.- SE ENTIENDE POR SANEAMIENTO BÁSICO, EL CONTROL Y VIGILANCIA DE LOS FACTORES AMBIENTALES FÍSICOS MÍNIMOS QUE EJERZAN O PUEDAN EJERCER ACCIONES NOCIVAS SOBRE EL CRECIMIENTO, SALUD Y SUPERVIVENCIA DEL SER HUMANO, TALES COMO CONTROL DE LA FAUNA NOCIVA, DISPOSICIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS Y VIGILANCIA DE LA POTABILIDAD DEL AGUA.
- 2.- PRESTAR ASESORÍA EN MATERIA DE INGENIERÍA SANITARIA DE OBRAS PÚBLICAS Y PRIVADAS PARA CUALQUIER USO.
- 3.- EJERCER EL CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA DE LAS VÍAS GENERALES DE COMUNICACIÓN EN LAS TERMINALES DEL SERVICIO PÚBLICO DE AUTOTRANSPORTE DE CARGA Y PASAJEROS EN TRÁNSITO NACIONAL, ASÍ COMO SUS ESTABLECIMIENTOS, VEHÍCULOS Y LOS ESTABLECIMIENTOS

ALEDAÑOS AL DERECHO DE VÍA. ESTE CONTROL COMPRENDE LA FACULTAD DE EXPEDICIÓN, REVALIDACIÓN O EN SU CASO REVOCACIÓN DE LICENCIAS SANITARIAS, INSPECCIÓN A LOS ESTABLECIMIENTOS O VEHÍCULOS, APLICACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD A QUE SE REFIEREN LAS FRACCIONES VI, VII, IX, XII Y XIII DEL ARTÍCULO 404 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, IMPOSICIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS Y EL TRÁMITE Y RESOLUCIÓN DE LOS RECURSOS DE INCONFORMIDAD QUE CON MOTIVO DEL EJERCICIO DE DICHAS FUNCIONES INTERPONGAN LOS INTERESADOS.

- 4.- COADYUVAR MEDIANTE LA PRÁCTICA DE LAS VISITAS DE INSPECCIÓN, EN EL CONTROL DE LA SEGURIDAD RADIO-LÓGICA EN LAS CONSTRUCCIONES DE OBRA, INSTALACIONES, ASÍ COMO LA OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS EXISTENTES, DONDE SE USEN PARA FINES INDUSTRIALES O DE INVESTIGACIÓN, FUENTES DE RADIACIÓN.

B) EN MATERIA DE SALUD OCUPACIONAL

EL GOBIERNO DEL ESTADO TENDRÁ A SU CARGO LA EXPEDICIÓN, REVALIDACIÓN O EN SU CASO REVOCACIÓN, DE LAS LICENCIAS SANITARIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS EN QUE SE DESARROLLE UNA ACTIVIDAD OCUPACIONAL, PRACTICAR LAS VISITAS DE INSPECCIÓN, APLICAR LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PREVISTAS EN LAS FRACCIONES VI, VII, IX, X, XII Y XIII DEL ARTÍCULO 404 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, LA IMPOSICIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS Y EL TRÁMITE Y RESOLUCIÓN DE LOS RECURSOS DE INCONFORMIDAD QUE INTERPONGAN LOS INTERESADOS. PARA TAL EFECTO, SE DEBERÁ COORDINAR EN SU CASO, CON LAS AUTORIDADES LABORALES COMPETENTES, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD.

LA SSA SE RESERVA LAS FACULTADES A QUE SE REFIERE EL

PÁRRAFO ANTERIOR EN LOS ESTABLECIMIENTOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ESTUPEFACIENTES, SUBSTANCIAS PSICOTRÓPICAS, TABACO, SUBSTANCIAS TÓXICAS, MEDICAMENTOS, BEBIDAS ALCOHÓLICAS, PLAGUICIDAS, FERTILIZANTES, RADIACIONES IONIZANTES, EQUIPO MÉDICO, PRÓTESIS, ÓRTESIS, AYUDAS FUNCIONALES Y AGENTES DE DIAGNÓSTICO, MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN. ASIMISMO, DETERMINARÁ DISCRECIONALMENTE LOS ESTABLECIMIENTOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ALIMENTOS, PRODUCTOS HIGIÉNICOS, DE PERFUMERÍA, BELLEZA Y ASEO, EN LOS QUE SE RESERVA DICHA FUNCIÓN.

- c) EN MATERIA DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE EXPENDAN O SUMINISTREN AL PÚBLICO ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS Y ALCOHÓLICAS, EN ESTADO NATURAL, MEZCALADAS, PREPARADAS, ADICIONADAS O ACONDICIONADAS PARA SU CONSUMO DENTRO O FUERA DE LOS MISMOS.

EXPEDIR, REVALIDAR O EN SU CASO, REVOCAR LICENCIAS SANITARIAS, PRACTICAR LAS VISITAS DE INSPECCIÓN NECESARIAS, APLICAR LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD A QUE SE REFIEREN LAS FRACCIONES VI, VII, XI, XII Y XIII DEL ARTÍCULO 404 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, IMPONER SANCIONES ADMINISTRATIVAS, TRAMITAR Y RESOLVER LOS RECURSOS DE INCONFORMIDAD QUE AL RESPECTO INTERPONGAN LOS INTERESADOS.

CORRESPONDE A LOS GOBIERNOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS DETERMINAR LA UBICACIÓN Y EL HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS EN QUE SE EXPENDAN BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

- b) EN MATERIA DE TARJETA DE CONTROL SANITARIO

RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD, ORDENAR LA PRÁCTICA DE LOS EXÁMENES CORRESPONDIENTES Y EXPEDICIÓN, EN SU CASO, -- DE LA AUTORIZACIÓN RELATIVA PARA CUALQUIER PERSONA -- QUE LO SOLICITE, INDEPENDIEMENTE DEL TIPO DE ESTABLECIMIENTO EN QUE PRESTE SUS SERVICIOS, DE CONFORMIDAD CON LOS REGLAMENTOS RESPECTIVOS.

SE ENTIENDE POR TARJETA DE CONTROL SANITARIO LA AUTORIZACIÓN QUE SE EXIGE A LAS PERSONAS, PARA EVITAR QUE POR LA NATURALEZA DE SUS ACTIVIDADES PUEDAN PROPAGAR ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES QUE SEÑALA -- LA LEY GENERAL DE SALUD.

- E) EN LO RELATIVO AL PROGRAMA CONTRA EL ALCOHOLISMO, SE ESTARÁ A LO DISPUESTO EN EL REGLAMENTO PUBLICADO EN -- EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DEL 26 DE FEBRERO DE 1985 Y A LOS ACUERDOS ESPECÍFICOS QUE SE CELEBRAN.
- F) EN LO RELATIVO AL PROGRAMA CONTRA EL TABAQUISMO, EN -- EL MARCO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, LA SSA COORDINARÁ LAS ACCIONES CORRESPONDIENTES, CON FUNDAMENTO EN EL CAPÍTULO II, TÍTULO DÉCIMO PRIMERO DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

NOVENA.- LA SSA SE COMPROMETE A PROMOVER Y PRESTAR ASISTENCIA TÉCNICA AL GOBIERNO DEL ESTADO, EN PROGRAMAS DE ORIENTACIÓN AL PÚBLICO, PARA FACILITAR EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA QUE SE DESCENTRALIZA, LAS QUE SE LLEVARÁN A CABO BAJO LA NORMATIVA Y COORDINACIÓN DE LA PROPIA SSA.

DECIMA.- PARA EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES QUE EN MATERIA DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA SE DESCENTRALIZA AL GOBIERNO DEL ESTADO, SE DEBERÁ OBSERVAR LA LEY GENERAL DE SALUD, -- LOS REGLAMENTOS Y ACUERDOS QUE DE ELLA EMANEN Y LAS NORMAS --

TÉCNICAS QUE EMITA LA SSA.

DECIMA PRIMERA.- CON RESPECTO A LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA CUYO EJERCICIO SE DESCENTRALIZA, LA SSA PODRÁ ADOPTAR LAS MEDIDAS CONDUCENTES EN LA ENTIDAD, COMO -- CONSECUENCIA DE LA ACCIÓN POPULAR, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 60 DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y CUANDO LA PROPIA DEPENDENCIA LO CONSIDERE PROCEDENTE PARA EVITAR RIESGOS O DAÑOS A LA SALUD DE LA POBLACIÓN. EN TODOS LOS CASOS, LA SSA HARÁ DEL CONOCIMIENTO DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS LOCALES LAS MEDIDAS QUE LLEVE A CABO.

DECIMA SEGUNDA.- LAS PARTES CONVIENEN PARA LOS EFECTOS DEL OBJETO DEL PRESENTE ACUERDO QUE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA QUE NO SE MENCIONAN DE MANERA EXPRESA EN ESTE INSTRUMENTO Y QUE NO SEAN MATERIA DE SALUBRIDAD LOCAL, SE ENTIENDEN RESERVADAS EN SU EJERCICIO EXCLUSIVO A LA SSA Y POR LO TANTO NO SON OBJETO DE DESCENTRALIZACIÓN.

DECIMA TERCERA.- EL GOBIERNO DEL ESTADO CON EL PROPÓSITO DE SIMPLIFICAR LOS PROCEDIMIENTOS EN MATERIA DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA DE LOS GIROS DE SALUBRIDAD LOCAL DE SU COMPETENCIA CONVIENE EN ACEPTAR EL "ACUERDO POR EL QUE SE EXIME A LOS ESTABLECIMIENTOS INDUSTRIALES, COMERCIALES O DE SERVICIOS QUE SE INDICA, DEL REQUISITO DE LICENCIA SANITARIA PARA SU FUNCIONAMIENTO", PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 6 DE NOVIEMBRE DE 1984, CON APOYO EN LOS ARTÍCULOS 368, 369, 371, 372 Y 373 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

DECIMA CUARTA.- LA SSA Y EL GOBIERNO DEL ESTADO CONVIENEN EN REVISAR PERIÓDICAMENTE, ATENDIENDO AL RIESGO SANITARIO QUE REPRESENTEN, LOS ESTABLECIMIENTOS COMPRENDIDOS EN LOS GIROS DE SU COMPETENCIA, A FIN DE DETERMINAR CUALES DE ELLOS PUEDEN LIBERARSE DEL REQUISITO DE LICENCIA SANITARIA.

DECIMA QUINTA.- EL GOBIERNO DEL ESTADO Y LOS MUNICIPIOS EN SU CASO, DE CONFORMIDAD CON LA LEY GENERAL DE SALUD Y LA LEGISLACIÓN LOCAL APLICABLE SON LAS ÚNICAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EJERCER EL CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA, EN LAS MATERIAS DE SALUBRIDAD LOCAL Y DETERMINAR EL COBRO DE DE RECHOS, MULTAS Y/O APROVECHAMIENTOS.

DECIMA SEXTA.- EL GOBIERNO DEL ESTADO, CON EL APOYO Y ASESORIA DE LA SSA EN SU CASO, PODRÁ CONVENIR CON SUS MUNICIPIOS QUE ÉSTOS PARTICIPEN EN EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA QUE SE DESCENTRALICEN, CONSERVANDO EL GOBIERNO DEL ESTADO EN TODO CASO SU CALIDAD DE AUTORIDAD SANITARIA EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL.

DECIMA SEPTIMA.- EL GOBIERNO DEL ESTADO, EN EL USO DE FACULTADES DISCRECIONALES RESPECTO AL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA QUE SE DESCENTRALIZAN, SE COMPROMETE A SUJETARSE A LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

- I. SE FUNDARÁN Y MOTIVARÁN EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 16 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS;
- II. CONSIDERARÁN LOS PRECEDENTES QUE SE HAYAN DADO EN EJERCICIO DE LAS FACULTADES ESPECÍFICAS QUE VAN A SER USADAS, ASÍ COMO LA EXPERIENCIA ACUMULADA EN ESE ASPECTO;
- III. SE GUIARÁN POR CRITERIOS LÓGICOS EN LOS TÉRMINOS DEFINIDOS POR LAS AUTORIDADES JUDICIALES COMPETENTES;
- IV. LOS DEMÁS QUE ESTABLEZCA EL SUPERIOR JERÁRQUICO, TENIENTES A LA PREDICTIBILIDAD DE LA RESOLUCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS; Y

V. LA RESOLUCIÓN QUE SE ADOPTE SE HARÁ SABER POR ESCRITO AL INTERESADO DENTRO DEL PLAZO QUE MARQUEN LAS DISPOSICIONES APLICABLES DE LA MATERIA, PARA EL CASO DE -- QUE NO EXISTA ÉSTE, DENTRO DE UN PLAZO NO MAYOR DE -- CUATRO MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD DEL PARTICULAR.

DECIMA OCTAVA.- RESPECTO AL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, LA SSA DESCENTRALIZARÁ AL GOBIERNO DEL ESTADO LAS FACULTADES QUE SE DETERMINEN EN EL ANEXO TÉCNICO CORRESPONDIENTE DE ESTE ACUERDO.

DECIMA NOVENA.- LA SSA PONDRÁ A DISPOSICIÓN DEL GOBIERNO -- DEL ESTADO LOS RECURSOS CON QUE ACTUALMENTE CUENTAN LOS SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO PARA LA OPERACIÓN DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN LEGAL APLICABLES. LOS DERECHOS LABORALES DE LOS TRABAJADORES SERÁN RESPETADOS EN LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE ACUERDO DE COORDINACIÓN, EN LOS TÉRMINOS DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA Y LA DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA Y LAS DEMÁS -- DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES.

VIGESIMA.- EL GOBIERNO DEL ESTADO RECONOCE QUE EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 13, APARTADO A DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y QUE SE DESCENTRALIZAN POR ESTE ACUERDO, SON ACTOS DE -- NATURALEZA JURÍDICA FEDERAL Y SU EJERCICIO ES A NOMBRE Y -- CUENTA DE LA SSA. POR LO TANTO, EN MATERIA DE DERECHOS SE -- DEBERÁ SUJETAR A LO PREVISTO EN LA LEY FEDERAL DE DERECHOS. RESPECTO A LAS MULTAS Y/O APROVECHAMIENTOS QUE SE GENEREN, -- QUEDARÁN SUJETOS A LOS ACUERDOS ESPECÍFICOS QUE SE CELEBREN CON LA AUTORIDAD FISCAL COMPETENTE.

VIGESIMA PRIMERA.- LA SSA RECONOCE QUE EL EJERCICIO DE LAS -
 FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA QUE CON FUNDAMEN-
 TO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 13, APARTADO B, DE LA LEY -
 GENERAL DE SALUD, Y QUE LOS ESTADOS EJERCEN POR MANDATO DE LA
 PROPIA LEY, SON ACTOS DE NATURALEZA JURÍDICA ESTATAL POR PRO-
 VENIR DE LA AUTORIDAD LOCAL RESPECTIVA. POR LO TANTO EL CO-
 BRO DE LOS DERECHOS, MULTAS Y/O APROVECHAMIENTOS QUE SE GENE-
 RÊN, QUEDARÁN SUJETOS A LAS TARIFAS QUE DETERMINEN LAS AUTO-
 RIDADES DE LA ENTIDAD CON BASE EN LAS DISPOSICIONES LOCALES -
 CORRESPONDIENTES.

VIGESIMA SEGUNDA.- UNA VEZ APROBADOS POR LA SSA LOS MANUA-
 LES DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS, ASÍ COMO LAS NORMAS --
 TÉCNICAS Y ANEXOS OPERATIVOS CORRESPONDIENTES PARA EL EJERCI-
 CIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACIÓN SANITARIA, LA -
 SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO PODRÁ APLICAR--
 LOS.

VIGESIMA TERCERA.- LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA GENERAL
 DE LA FEDERACIÓN VIGILARÁ EL USO Y DESTINO QUE SE DÉ A LOS -
 RECURSOS FEDERALES QUE SE ASIGNEN CON MOTIVO DE LA EJECUCIÓN
 DEL PRESENTE ACUERDO, EN BASE A SUS SISTEMAS INTEGRADOS DE -
 CONTROL.

VIGESIMA CUARTA.- SOBRE EL PRESENTE ACUERDO, LA SPP DICTAM-
 NA QUE ES CONGRUENTE CON EL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO Y -
 EL ACUERDO PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA Y DESCENTRALIZACIÓN
 OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO, EN CONSE-
 CUENCIA, SE ADICIONA A ÉSTOS, PARA FORMAR PARTE DE SU TEXTO.

VIGESIMA QUINTA.- LAS PARTES SE COMPROMETEN A IMPLANTAR LOS
 MECANISMOS DE EVALUACIÓN PERMANENTE QUE MUESTRAN EL AVANCE -
 Y RESULTADOS DE LAS ACCIONES QUE SE DERIVEN DEL PROGRAMA --
 DE TRABAJO A QUE SE REFIERE LA CLÁUSULA DEL --

ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA Y DES--
CENTRALIZACIÓN OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL Es--
TADO DE MORELOS, ASÍ COMO DEL OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMEN--
TO Y DE SER SE TOMARÁN LAS MEDIDAS ADECUADAS A FIN DE ORIENT--
TAR TALES ACCIONES.

VIGESIMA SEXTA.- LAS PARTES CONVIENEN EN CELEBRAR LOS ACUER--
DOS QUE PROCEDAN PARA RESOLVER SUS DUDAS SOBRE LA INTERPRETA--
CIÓN, EXTENSIÓN, EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE INS--
TRUMENTO, EN EL MARCO DEL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO, ----
ACUERDO DE COORDINACIÓN RESPECTIVOS VIGENTES Y SUS ANEXOS --
TÉCNICOS.

ESTE ACUERDO SURTIRÁ EFECTO A PARTIR DE SU PUBLICACIÓN EN EL
DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN Y EN EL PERIÓDICO OFICIAL DE
LA ENTIDAD.

ENTERADAS LAS PARTES DEL CONTENIDO Y ALCANCES DEL PRESENTE -
INSTRUMENTO PARA SU OBSERVANCIA Y CUMPLIMIENTO, SE FIRMA EN
LA CIUDAD DE EL DE DE 198 .

***CONVENIO PARA FORMALIZAR LA TRANSFERENCIA
DE OBRA PUBLICA***



SECRETARIA
DE
ALUBRIDAD Y ASISTENCIA

LAS SECRETARIAS DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO, DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA FEDERACION Y DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE CHIHUAHUA, A LOS QUE EN LO SUCESIVO SE DENOMINARA EN ESTE DOCUMENTO SPP, CONTRALORIA, SSA Y ESTADO, RESPECTIVAMENTE, REPRESENTADOS POR SUS TITULARES LOS CC. CARLOS SALINAS DE GORTARI, FRANCISCO ROJAS GUTIERREZ Y GUILLERMO SOBERON ACEVEDO, ASI COMO POR EL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO Y EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO DEL MISMO, EN ESE ORDEN, HAN CONVENIDO FORMALIZAR LA TRANSFERENCIA DE LA REALIZACION DE OBRAS PUBLICAS EN UNIDADES MEDICAS DE LA ENTIDAD.

A N T E C E D E N T E S

1. El C. Presidente de la República y el C. Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua suscribieron el Convenio Unico de Desarrollo, el cual tiene por objeto instrumentar la política de desarrollo regional establecida en el Plan Nacional de Desarrollo, mediante la coordinación de los ejecutivos federal y estatal.

Dicho convenio establece el compromiso de los ejecutivos federal y estatal para llevar a cabo la integración programática de los servicios de salud en la entidad y, en una segunda etapa, la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta, a fin de organizar y desarrollar el Sistema Estatal de Salud, en congruencia con las bases legales y características del sistema nacional de salud.

2. Mediante decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de agosto de 1933, se fijaron las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.



SECRETARIA
DE

SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

3. Se ha determinado como una de las prioridades sectoriales para el desarrollo regional acelerar el proceso de descentralización de los servicios de salud; para ello es necesario que el establecimiento de la infraestructura básica para la prestación de los servicios de salud se fortalezca y desarrolle procurando la máxima racionalidad en la utilización de los recursos disponibles, lo que implica evitar duplicidades y ajustar la atención de la salud a modelos de diseño y operación homogéneos que garanticen eficiencia y permitan la elevación de la calidad de los servicios.
4. Mediante Acuerdo de Coordinación celebrado en el mes de de 198 el Ejecutivo Federal a través de la SSA transfirió al Estado la realización de Obras Públicas en unidades médicas así como los recursos presupuestales contenidos en su programa -- presupuesto.

En virtud de lo anterior y con fundamento en los artículos 22, 32, 32 bis, y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 33 y 34 de la Ley de Planeación; 10., 40., 50., y 25 de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal; 10., 20., 40., y 70., de la Ley de Obras Públicas; 19 y 21 de la Ley General de Salud; y en la Legislación aplicable del Estado de , los ejecutivos federal y estatal convienen en suscribir el presente acuerdo, cuya ejecución se realizará al tenor de las siguientes

C L A U S U L A S

PRIMERA. - La SPP, la Contraloría, la SSA y el Estado, en el marco del programa de descentralización de los servicios de salud, acuerdan coordinar sus acciones y aplicar recursos para transferir al gobierno del estado la realización de obras públicas que correspondan y que se autoricen en el programa - presupuesto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

SEGUNDA. - El presente acuerdo tiene por objeto:

- I. - Transferir al Estado la realización de obras públicas en unidades médicas, así como recursos presupuestales de la SSA, conforme a los programas autorizados a esa dependencia, principalmente de construcción, rehabilitación y remodelación de unidades del primer nivel de atención, así como de rehabilitación de unidades administrativas y hospitalarias;



SECRETARIA
DE
ALUBRIDAD Y ASISTENCIA

- II. Definir, conforme a los anexos técnicos que anualmente aprueben las partes, el destino de los recursos que se transferirán;
- III. Establecer la normatividad técnica del diseño y operación de las obras que desarrollará anualmente el Estado;
- IV. Determinar la forma y términos de ejecución de las obras; y
- V. Identificar y conjugar en un programa de inversiones la realización de obras para la rehabilitación, remodelación y ampliación de la infraestructura para los servicios de salud que se realizan bajo diversas formas de financiamiento incluyendo, en su caso, lo relativo a equipamiento de unidades de atención médica.

TERCERA.- Para el logro de los objetivos del presente instrumento, la SSA se compromete a:

- I. Establecer y supervisar la aplicación de la normatividad técnica que se sujetará a la realización de las obras;
- II. Proporcionar la asesoría y apoyo técnico que requiera el Estado;
- III. Proponer y, en su caso, promover la realización de modificaciones a la programación autorizada, identificando las causas o desviaciones que la justifiquen, observando las disposiciones del manual único de operación de los programas de desarrollo regional; y
- IV. Recibir en su caso, las obras terminadas en condiciones de operación, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Obras Públicas; la descentralización de estas obras se realizará de conformidad con lo establecido en el programa de descentralización de los servicios de salud.



SECRETARIA
DE
LUBRIDAD Y ASISTENCIA

CUARTA. - Por su parte el Estado se compromete a:

- I. Realizar las obras directamente o por terceros y aplicar los recursos a que se refiere este acuerdo, con estricto apego a la programación y a las normas técnicas establecidas para esos fines y de conformidad con las disposiciones legales federales vigentes en la materia;
- II. Informar bimestralmente a la SSA, a la SPP y a la Contraloría sobre avances físicos y financieros del programa de obras materia de este acuerdo;
- III. Solicitar a la SSA la realización de modificaciones al programa de obras, de acuerdo al mecanismo establecido en el manual -- único de operación de los programas de desarrollo regional;
- IV. Entregar las obras previstas en los anexos técnicos que se aprueben, conforme a las especificaciones y calendarización autorizada; y
- V. Ejercer los recursos que le sean transferidos con motivo del presente acuerdo únicamente en la realización de las obras que se determinen por las partes.

QUINTA. - La SPP apoyará y vigilará el oportuno suministro de los recursos que se transferirán con motivo del presente acuerdo. Asimismo podrá, al igual que la SSA y la Contraloría, solicitar la información que requiera para cumplir sus atribuciones y proponer medidas correctivas.

SEXTA. - El detalle de los programas anuales de obras, su calendarización y el monto de los recursos, la estructura financiera, así como las metas y los beneficios que se persiguen, se agregarán al presente instrumento como anexos técnicos anuales, una vez que hayan sido autorizados por la SSA y la SPP.

SEPTIMA. - Con el objeto de que en la ejecución de lo que este acuerdo -- señala se respeten las prioridades establecidas y se guarde la debida congruencia con el Programa Nacional de Salud 1983-1988, y con el Plan Estatal



SECRETARIA
DE
ALUBRIDAD Y ASISTENCIA

de Desarrollo; la coordinación de las acciones de las instancias de gobierno federal y estatal se realizará en el seno del Comité Estatal de Planeación - para el Desarrollo de la Entidad.

OCTAVA. - La Contraloría vigilará el uso y destino que se de a los recursos federales canalizados para la ejecución del programa a que se refiere este instrumento.

NOVENA. - Las inversiones que resulten objeto de este acuerdo, quedarán sujetas a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables a las transferencias de fondos que concede la federación y a lo dispuesto por el Convenio Unico de Desarrollo.

DECIMA. - La normatividad técnica a que deberá sujetarse el diseño y operación de la infraestructura que se desarrollará conforme a lo programado en este acuerdo, se contiene en el anexo de normas técnicas que forma parte de este instrumento.

DECIMA PRIMERA. - Sobre el presente acuerdo, la SPP dictamina que es congruente con el Convenio Unico de Desarrollo; en consecuencia, se adiciona a él para formar parte de su contexto.

DECIMA SEGUNDA. - Las partes manifiestan su conformidad para que en caso de duda sobre la interpretación, formalización y cumplimiento de este instrumento, se estará a lo previsto por el Convenio Unico de Desarrollo.

DECIMA TERCERA. - El presente acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su firma; tendrá carácter permanente y podrá ser revisado, adicionado, modificado o concluido conforme a lo establecido en los preceptos y lineamientos que lo originan.

El presente acuerdo se suscribe en la Ciudad de
los días del mes de de 198

a

***CONVENIO DE COORDINACION EN MATERIA DE
ENSEÑANZA Y CAPACITACION***

CONVENIO DE COORDINACION QUE EN MATERIA DE ENSEÑANZA Y CAPACITACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD CELEBRAN POR UNA PARTE, EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, EN ADELANTE - "LA SSA" REPRESENTADA POR EL _____ EN SU CARACTER DE _____, Y POR LA --- OTRA PARTE, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN ADELANTE -- "EL IMSS", REPRESENTADO POR EL _____ EN SU CARACTER DE _____, Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO DE _____, EN ADELANTE "EL GOBIERNO DEL ESTADO", REPRESENTADO POR EL TITULAR DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE _____ DE CONFORMIDAD CON LOS ANTECEDENTES. DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

A N T E C E D E N T E S :

- 1.- LA LEY GENERAL DE SALUD, REGLAMENTARIA DEL ARTICULO 40. CONSTITUCIONAL PREVEE LAS BASES Y MODALIDADES PARA EL ACCESO A LOS -- SERVICIOS DE SALUD Y LA CONCURRENCIA DEL GOBIERNO FEDERAL Y DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL.
- 2.- POR DECRETO PRESIDENCIAL PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION, EL 30 DE AGOSTO DE 1983, SE FIJARON LAS BASES PA-- RA EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARIA DE SALUD.
- 3.- EL DECRETO ANTERIOR SE VIÓ REFORZADO POR EL DIVERSO DEL 8 DE - MARZO DE 1984, QUE ORDENA LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVI-- CIOS DE SALUD DE LA ACTUAL SECRETARIA DE SALUD EN LOS ESTADOS

Y DEL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR COOPERACIÓN COMUNITARIA, DENOMINADO IMSS-COPLAMAR, A CARGO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, ESTABLECIENDO LOS MECANISMOS, ESTRATEGIAS Y PLAZOS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN.

- 4.- EL EJECUTIVO FEDERAL EXPIDIÓ UN DECRETO PUBLICADO EL 24 DE JUNIO DE 1985, QUE ADICIONA AL CITADO EN EL ANTECEDENTE No. 3, - EN EL QUE SE ESTABLECEN ENTRE OTRAS DISPOSICIONES, QUE SE TOMARÁN LAS MEDIDAS CONDUCENTES Y SE REALIZARÁN LOS ACTOS QUE SE REQUIERAN A EFECTO DE EXTINGUIR, EN FORMA GRADUAL Y PROGRESIVA, LOS EFECTOS DEL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR COOPERACIÓN COMUNITARIA IMSS-COPLAMAR, QUE ADMINISTRA Y OPERA EL IMSS, ASÍ COMO PARA CONVENIR CON ÉSTE, LOS APOYOS QUE DEBEN PROPORCIONAR A LOS GOBIERNOS DE LOS ESTADOS, A FIN DE EVITAR DETERIOROS EN LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS Y CONSEGUIR LA AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA Y EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS MISMOS.
- 5.- CONFORME AL DECRETO ANTERIOR Y AL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO (CUD) CELEBRADO EN 1984, SE LLEVÓ A CABO LA ETAPA DE COORDINACIÓN PROGRAMÁTICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA EN LA ENTIDAD, BAJO LA CONDUCCIÓN Y RECTORIA DEL TITULAR DEL EJECUTIVO ESTATAL, HABIÉNDOSE OBTENIDO LOS PRODUCTOS ESPERADOS DE ESTA ETAPA DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN.

- 6.- EN EL MARCO DE CUD, EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LAS SECRETARÍAS DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO, DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA FEDERACIÓN Y DE SALUD, CELEBRÓ EL DE DE DE 1984, CON EL TITULAR DEL EJECUTIVO ESTATAL EL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA, ESTABLECIENDO EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACIÓN DE DICHS SERVICIOS EN LA ENTIDAD FEDERATIVA.
- 7.- EL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO ESTABLECE QUE LOS EJECUTIVOS FEDERAL Y ESTATAL SE COMPROMETEN A FORMALIZAR UN ACUERDO DE -- COORDINACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA Y LOS DE SALUD PÚBLICA QUE CORRESPONDA, ASÍ COMO PARA DEFINIR LA PARTICIPACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL Y DE LOS MUNICIPIOS EN EL EJERCICIO DE MATERIAS DE SALUBRIDAD GENERAL QUE ESTAS INSTANCIAS PUEDEN EJERCER EN -- SU CALIDAD DE AUTORIDADES SANITARIAS
- 8.- EL GOBIERNO DEL ESTADO, ATENDIENDO AL PÁRRAFO TERCERO DEL ARTÍCULO 40., CONSTITUCIONAL Y A LA DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS -- PREVISTAS EN LA LEY GENERAL DE SALUD, EXPIDIÓ LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO, EN LA CUAL SE PREVIENE LA PARTICIPACIÓN DE LOS MUNICIPIOS CON EL PROPÓSITO DE ESTABLECER Y CONSOLIDAR EL SISTEMA ESTATAL DE SALUD, ASÍ COMO LO RELATIVO AL SERVICIO SOCIAL DE PASANTES Y PROFESIONALES Y LA FORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PERSONAL.

9.- EL ACUERDO DE COORDINACIÓN ENTRE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LAS SECRETARÍAS DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO, DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA FEDERACIÓN, DE DESARROLLO URBANO Y ECOLOGÍA Y DE SALUD, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE _____, PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA Y DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ENTIDAD, FIRMADO EL _____, PREVIENE QUE EL GOBIERNO DEL ESTADO OPERARÁ LO CORRESPONDIENTE A LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD Y QUE CON EL OBJETO DE ASEGURAR LA APLICACIÓN Y EFECTIVIDAD DEL ACUERDO, SE CELEBRARÁN LOS INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN ESPECÍFICOS QUE AL EFECTO SE REQUIERAN.

10.- EL CONVENIO GENERAL DE COORDINACIÓN QUE EN MATERIA DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD, CELEBRARON "LA SSA" Y "EL IMSS".

CONFORME A LOS ANTECEDENTES QUE SE DEJARON PRECISADOS, LAS PARTES FORMULAN LAS SIGUIENTES

D E C L A R A C I O N E S

I. "LA SSA", DECLARA:

I.1 QUE, DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, _____ ES UNA DEPENDENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL,

Y QUE DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 39 DE LA MISMA LEY, TIENE ENTRE SUS FUNCIONES LA DE ESTABLECER Y CONDUCIR LA POLÍTICA NACIONAL EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL.

- I.2 QUE, TIENE ENTRE SUS FUNCIONES LA DE NORMAR, SUPERVISAR Y EVALUAR LOS PROGRAMAS DE ENSEÑANZA EN SALUD DE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA SECRETARÍA Y COORDINARSE EN ESTAS ACTIVIDADES CON DICHAS UNIDADES, CON LAS ENTIDADES DEL SECTOR SALUD, EDUCATIVO Y LAS UNIDADES RESPONSABLES A NIVEL ESTATAL Y LOCAL, A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD.

II. "El IMSS", DECLARA:

- II.1 QUE, ES UN ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL Y DE CONFORMIDAD CON LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, TIENE ENTRE SUS FUNCIONES PRIMORDIALES LAS DE PRESTAR ASISTENCIA MÉDICA.

- II.2 QUE, DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL EN SU ARTÍCULO 234 TÍTULO IV, CAPÍTULO ÚNICO APARTADO DEL 1 AL 10, TIENE ENTRE SUS FUNCIONES LA DE PROMOVER LA SALUD, DIFUNDIR CONOCIMIENTOS SOBRE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN E IMPULSAR PROGRAMAS CULTURALES, PA-

RA LO CUAL CUENTA CON LAS ATRIBUCIONES DE ESTABLECER ESCUELAS DE CAPACITACIÓN Y DEMÁS ESTABLECIMIENTOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS FINES QUE LE SON PROPIOS, Y DIFUNDIR CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL.

III. "EL GOBIERNO DEL ESTADO", DECLARA:

III.1 QUE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO ES UNA ENTIDAD PÚBLICA ESTATAL, QUE TIENE A SU CARGO LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA EN LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA Y LA DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD, CONCERTADO ENTRE LOS EJECUTIVOS FEDERAL Y DEL ESTADO DE , Y EL IMSS.

IV. LAS PARTES DECLARAN:

IV.1 QUE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA VIDA NACIONAL ES VOLUNTAD POLÍTICA QUE SE ESTABLECE EN LA LEY DE PLANEACIÓN PARA AGILIZAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y MEJORAR LA EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, CONSTITUYÉNDOSE EN UNA DE LAS ESTRATEGIAS RECTORAS DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1983-1988, EL CUAL PREVEE LA DESCENTRALIZA-

CIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD COMO UNA DE LAS ACCIONES PRIORITARIAS DEL GOBIERNO FEDERAL, EN EL MARCO DEL --- SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

IV.2 QUE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y SU INTEGRACIÓN EN SISTEMAS ESTATALES, DEBERÁ PERMITIR LA EXTENSIÓN DE LA COBERTURA Y EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS MISMOS; PARA ASÍ DAR EFECTIVIDAD A LA NUEVA GARANTÍA CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

IV.3 QUE CON EL OBJETO DE CONducir LA INTEGRACIÓN ALUDIDA, ES NECESARIO ESTABLECER LAS BASES Y PROCEDIMIENTOS DE COORDINACIÓN A QUE DEBERÁN AJUSTARSE LAS PARTES, EN MATERIA DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD, POR LO QUE ESTÁN DE ACUERDO EN SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO.

EXPUESTO LO ANTERIOR, LAS PARTES SUJETAN SU COMPROMISO A LA FORMA Y TÉRMINOS QUE SE ESTABLECEN EN LAS SIGUIENTES:

C L A U S U L A S

PRIMERA.- EL OBJETO DEL PRESENTE CONVENIO ES ESTABLECER LAS BASES Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN ENTRE "LA SSA", "EL IMSS" Y

"EL GOBIERNO DEL ESTADO", PARA DESARROLLAR PROGRAMAS DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE ATENCIÓN A POBLACIÓN --- ABIERTA.

SEGUNDA.- EL PRESENTE CONVENIO REGIRÁ PARA LOS SIGUIENTES RECURSOS HUMANOS DEL IMSS:

- A).- MÉDICOS FAMILIARES EN SU AÑO DE CAMPO.
- B).- TÉCNICOS DE ANESTESIOLOGÍA EN SU AÑO DE CAMPO.
- C).- MÉDICOS RESIDENTES DE LAS ESPECIALIDADES TRONCALES (CIRUGÍA GENERAL, GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA INTERNA Y PEDIATRÍA MÉDICA) EN SU ROTACIÓN CUATRIMESTRAL.

TERCERA.- PARA LA REALIZACIÓN DEL OBJETO MATERIA DE ESTE CONVENIO, LAS PARTES ASUMEN LOS SIGUIENTES COMPROMISOS:

I. "LA SSA" SE COMPROMETE A:

- A) APOYAR CON SUS PROGRAMAS AFINES A EL OBJETO DEL PRESENTE CONVENIO.
- B) EMITIR LAS NORMAS Y DEMÁS DISPOSICIONES APLICABLES SOBRE FORMACIÓN DE PERSONAL DEL ÁREA DE LA SALUD EN SUS -

DIVERSAS MODALIDADES Y VIGILAR SU DEBIDA OBSERVANCIA.

- c) DEFINIR LAS POLÍTICAS DE PLANEACIÓN, PROGRAMACIÓN, PRE-- SUPUESTACIÓN Y ADQUISICIÓN DE VESTUARIO Y MATERIAL DE -- APOYO DIDÁCTICO, PARA TODOS LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN -- O CAPACITACIÓN DE PERSONAL DE SALUD EN CONCORDANCIA CON LAS POLÍTICAS DEL IMSS.
- d) VALIDAR PARA CADA CICLO EDUCATIVO EL CATÁLOGO DE CAMPOS CLÍNICOS Y LAS NECESIDADES DE RECURSOS HUMANOS EN FORMA CIÓN QUE ELABORE "EL GOBIERNO DEL ESTADO" Y HACERLO DEL CONOCIMIENTO DEL IMSS.
- e) SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE CAPACITACIÓN DE ACUERDO A LOS PROGRAMAS INSTITUCIONALES VIGENTES.
- f) DEFINIR LOS PARÁMETROS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS -- PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS Y DISEÑAR LAS FOR-- MAS PARA SU REGISTRO Y APLICACIÓN, CUIDANDO DE QUE EXIS TA COMPATIBILIDAD CON LOS QUE EMPLEA "EL IMSS".
- g) VIGILAR QUE LAS ACCIONES CONCERNIENTES A LA FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN EL SISTEMA ESTATAL DE SALUD SEAN ACORDES A LAS ESTABLECIDAS POR LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD, Y

- H) PROPORCIONAR LA ASESORÍA TÉCNICA Y CAPACITACIÓN NECESARIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS PROGRAMAS AL PERSONAL DE "EL GOBIERNO DEL ESTADO" EN LOS NIVELES ESTATAL, JURISDICCIONAL Y MUNICIPAL.

II. "EL IMSS" SE COMPROMETE A:

- A) ENTREGAR A "EL GOBIERNO DEL ESTADO" LOS PROGRAMAS ACADÉMICOS QUE SIGUEN SUS EDUCANDOS, ASÍ COMO LOS SISTEMAS DE EVALUACIÓN Y FORMATOS QUE SE UTILIZAN PARA TAL FIN.
- B) INFORMAR A "EL GOBIERNO DEL ESTADO" LA DISPONIBILIDAD DE EDUCANDOS Y SU ADSCRIPCIÓN, DE CONCORDANCIA A LOS CAMPOS CLÍNICOS, VALIDADOS POR "LA SSA"
- C) RECIBIR DE "EL GOBIERNO DEL ESTADO" LOS FORMATOS DEBIDAMENTE REQUISITADOS CORRESPONDIENTES A LA EVALUACIÓN DE LOS EDUCANDOS, CON LA PERIODICIDAD QUE LOS PROGRAMAS INDICAN Y EN LAS FECHAS QUE ESTABLECEN LOS INSTRUCTIVOS DE EVALUACIÓN DEL IMSS.
- D) RECIBIR DE "EL GOBIERNO DEL ESTADO" LOS REPORTES DE --- IRREGULARIDADES O FALTAS DE ASISTENCIA EN QUE HAYAN INCURRIDO LOS MÉDICOS FAMILIARES EN SU AÑO DE CAMPO, TÉCNICOS DE ANESTESIOLOGÍA EN SU AÑO DE CAMPO Y RESIDENTES DE ESPECIALIDADES TRONCALES DURANTE SU ROTACIÓN CUATRIMESTRAL, QUE DEPENDAN DEL IMSS, QUIEN PROCEDERÁ COMO --- CORRESPONDA.

- E) PAGAR A TÉCNICOS ANESTESIÓLOGOS EN SU AÑO DE CAMPO, MÉDICOS FAMILIARES EN SU AÑO DE CAMPO Y RESIDENTES DE ESPECIALIDADES TRONCALES DURANTE SU ROTACIÓN CUATRIMESTRAL EN LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, LOS EMOLUMENTOS, - VIÁTICOS Y OTROS Y COMUNICAR MENSUALMENTE SU MONTO A -- "EL GOBIERNO DEL ESTADO", A FIN DE QUE SEAN REEMBOLSADOS EN UN TÉRMINO MÁXIMO DE 60 DÍAS.
- F) ESTABLECER UNA ESTRECHA COORDINACIÓN CON "EL GOBIERNO - DEL ESTADO" PARA RESOLVER CUALQUIER DIFERENCIA EN LA INTERPRETACIÓN O APLICACIÓN DEL PRESENTE CONVENIO.

III. "EL GOBIERNO DEL ESTADO" A TRAVÉS DE SU SECRETARÍA DE SALUD, SE COMPROMETE A:

- A) REALIZAR, A LA BREVEDAD POSIBLE; LAS ACCIONES TENDIENTES AL CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL PRESENTE CONVENIO Y DESIGNAR AL FUNCIONARIO RESPONSABLE PARA TAL EFECTO.
- B) ELABORAR EL DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE RECURSOS HUMANOS DEL ÁREA DE LA SALUD EN EL ESTADO, E INTEGRAR EL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DE ASIGNACIÓN DEL PERSONAL EN FORMACIÓN A LAS UNIDADES MÉDICAS CONFORME A LAS NORMAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE ESTABLEZCA "LA SSA" E INFORMAR A ÉSTA PARA SU VALIDACIÓN.
- C) ESTABLECER PRIORIDADES PARA LA OCUPACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS PARA EL PERSONAL EN FORMACIÓN TÉCNICO O PROFESIONAL, CONFORME A LAS NORMAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE ESTABLEZCA "LA SSA" E INFORMAR A ÉSTA, PARA SU VALIDACIÓN.

- D) APLICAR LOS PROGRAMAS ACADÉMICOS, SISTEMA DE EVALUACIÓN Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS A LOS QUE SE SUJETARÁN TODOS LOS EDUCANDOS - SUJETOS DEL PRESENTE CONVENIO, EN CONCORDANCIA CON LO ESTABLECIDO POR "EL IMSS".
- E) ELABORAR EL PROGRAMA OPERATIVO RESPECTIVO DE CADA UNO DE LOS PROGRAMAS ACADÉMICOS-ESPECÍFICOS DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD, QUE SE LLEVEN A CABO EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL SISTEMA ESTATAL DE SALUD, DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR "EL IMSS".
- F) SUPERVISAR Y EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS CONCERTADOS.
- G) RECABAR LA INFORMACIÓN ACADÉMICA Y ADMINISTRATIVA REFERENTE AL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS E INFORMAR AL "IMSS" CON LA PERIODICIDAD Y FECHAS QUE SE SEÑALAN EN LOS PROGRAMAS ACADÉMICOS E INSTRUCTIVOS DE EVALUACIÓN CORRESPONDIENTES.
- H) PONER EN CONOCIMIENTO DE LA DELEGACIÓN DE DEL "IMSS", EN UN PLAZO NO MAYOR DE TRES DÍAS, LAS FALTAS ADMINISTRATIVAS O DE CUALQUIER ÍNDOLE EN QUE INCURRAN LOS EDUCANDOS, A FIN DE QUE SE APLIQUEN LAS SANCIONES QUE PRO

CEDAN, DE CONFORMIDAD CON LOS ORDENAMIENTOS LEGALES RESPECTIVOS, ANEXANDO LOS ANTECEDENTES DOCUMENTALES EXISTENTES.

- 1) ADOPTAR LOS PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACIÓN QUE FIJEN "LA SSA" Y "EL IMSS" PARA EL PAGO DE EMOLUMENTOS Y PAGO DE TÉCNICOS ANESTESIOLOGOS EN AÑO DE CAMPO, MÉDICOS FAMILIARES EN SU AÑO DE CAMPO Y RESIDENTES DE ESPECIALIDADES TRONCALES QUE ROTEN POR LAS UNIDADES DE SALUD DEL ESTADO, ASÍ COMO REEMBOLSAR AL "IMSS" CADA 60 DÍAS LOS GASTOS EROGADOS DE CONFORMIDAD CON UN COSTO APROXIMADO ANUAL QUE PERMITA ESTABLECER CON ANTELACIÓN EL PAGO POR BIMESTRE, REALIZANDO LOS AJUSTES NECESARIOS SEMESTRAL O ANUALMENTE.

CUARTA.- LAS PARTES SE OBLIGAN PARA LA EJECUCIÓN DE ESTE CONVENIO A:

- A) COORDINAR SUS ACCIONES Y MECANISMOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE ESTE CONVENIO, Y
- B) BRINDAR EL APOYO QUE SE REQUIERA PARA LA INSTRUMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DERIVADOS EN ESTE CONVENIO.

QUINTA.- EN EL CASO DE QUE "EL IMSS" ADVIERTA QUE NO SE CUMPLEN SUS REQUERIMIENTOS EN MATERIA ACADÉMICA O ADMINISTRATIVA, HARÁ DEL CONOCIMIENTO A "EL GOBIERNO DEL ESTADO" Y A "LA SSA" LAS DEFICIENCIAS EXISTENTES, CONCEDIENDO AL PRIMERO UN PLAZO DE 60 DÍAS PARA QUE LAS CORRIJAN Y UNA VEZ TRANSCURRIDO DICHO TÉRMINO, SI NO SE REGULARIZA LA SITUACIÓN A SATISFACCIÓN DEL "IMSS", ÉSTE ESTARÁ EN LIBERTAD DE RETIRAR A SUS EDUCANDOS DE LAS UNIDADES DE ADSCRIPCIÓN.

SEXTA.- EL PRESENTE CONVENIO SERÁ DE VIGENCIA INDEFINIDA A PARTIR DE LA FECHA DE SU FIRMA Y PODRÁ SER AMPLIADO O MODIFICADO MEDIANTE ACUERDO POR ESCRITO DE LAS PARTES.

SEPTIMA. PARA LA INTERPRETACIÓN Y SOLUCIÓN DE LAS CONTROVERSIAS QUE SE SUSCITEN CON MOTIVO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO, LAS PARTES RESOLVERÁN DE COMÚN ACUERDO A TRAVÉS DE UNA COMISIÓN QUE AL EFECTO CONSTITUYAN.

EN CASO DE NO EXISTIR ACUERDO EN EL SENO DE LA COMISIÓN, ÉSTA DESIGNARÁ UN ÁRBITRO CUYAS RESOLUCIONES SERÁN INAPELABLES.

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE CONVENIO Y ENTERADAS LAS PARTES DE SU VALOR Y CONSECUENCIAS LEGALES, SE FIRMA EN CUATRO EJEMPLARES, EN LA CIUDAD DE _____, A LOS _____ DÍAS DEL -- MES DE _____ DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y _____