

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES**



**UN ASPECTO DE LA ADMINISTRACION DE LA  
SALUD EN MEXICO, ORGANIZACION Y FUNCIO-  
NAMIENTO DE LA SUBSECRETARIA DE ASIS-  
TENCIA DE LA S. S. A. 1971 - 1976.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**

**Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública**

**P R E S E N T A**

**SERGIO JAIME AGUILAR ROMERO**

**MEXICO, ENERO DE 1979**

**6828**

634



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

## INTRODUCCION

Un Aspecto de la Administración de la Salud en México,  
Organización y Funcionamiento de la Subsecretaría de  
Asistencia de la S. S. A.

INDICE GENERAL

|  | Páginas.  |
|--|-----------|
| INTRODUCCION .....   | I - X     |
| RESUMENES .....  | XI -XXIII |
| CAPITULO I.- Aspectos Históricos de la Secretaría<br>de Salubridad y Asistencia.....   | 1         |
| Referencias bibliográficas.....  | 11        |
| CAPITULO II.-Ubicación de la Subsecretaría de A-<br>sistencia en el Sistema de Salud...                                      | 12        |
| Referencias bibliográficas.....  | 21        |
| CAPITULO III.- Organización Actual de la Subsecre-<br>taría de Asistencia.....   | 22        |
| Referencias bibliográficas.....  | 53        |
| CAPITULO IV.- Subsecretaría de Asistencia.- Funcio-<br>namiento tradicional. Análisis crí-<br>tico de algunos problemas..... | 54        |
| Referencias bibliográficas.....  | 72        |
| CAPITULO V.- Solución a los problemas.- Una Al-<br>ternativa.- Funcionamiento en base<br>a Programas.....                    | 73        |
| Referencias bibliográficas.....  | 105-106   |
| COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.....  | 107-122   |
| ANEXO 1.- .....  |           |
| Dependencias de la Subsecretaría de<br>Asistencia.....   | 1-63      |
| ANEXO 2.- Cuadros estadísticos.....  | 1-19      |
| BIBLIOGRAFIA GENERAL.....  | 1- 3      |

## INTRODUCCION:

El Estado Mexicano se ha caracterizado en su devenir histórico entre otras cosas, por proyectar, orientar y mejorar el desarrollo económico, social y político del país en beneficio de la comunidad. El Estado debe estar en aptitud de realizar con mayor eficiencia las atribuciones que tiene señaladas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, particularmente aquéllas que están relacionadas con la promoción del desarrollo de la comunidad y, en especial, la Salud Pública, la cual es objeto de estudio en mi tesis.

En virtud de la necesidad creciente de elevar la salud a todos los habitantes del país, el Estado ha procurado proporcionar este servicio a través de diversas instituciones de entre las cuales podemos destacar a la Subsecretaría de Asistencia, órgano normativo de la asistencia en México, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Pero a medida que el tiempo pasa, estas necesidades han ido creciendo en una forma geométrica, a la par con el incremento de la población, de ahí que se tomaran soluciones inmediatas y así se llegó a la creación de otras instituciones médicas como: El Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las cuales fueron, sin duda, de gran beneficio. Paralelamente a la creación de estas nuevas instituciones, comienza a darse el fenómeno de la multiplicidad de funciones en el renglón salud, y la proliferación de los servicios médico-asistenciales.

Los problemas de multiplicidad de funciones, entre otros han motivado la búsqueda de soluciones que pretenden ser integrados, por ejemplo, la coordinación en la planeación y la ejecución, así como las probabilidades de creación de una Supersecretaría de Salud, de la cual ya tenemos algunos pasos dados, por ejemplo, la creación de la Comisión Mixta de Coordinación, en 1964. (Ver apéndice).

Entendiendo por asistencia el dar o prestar servicios a la comunidad, contribución en el campo de la salud, se traduce supuestamente en bienestar social. Este servicio busca su eficiencia a través de la salud pública, tendiente a diagnosticar enfermedades y atenderlas.

Para cumplir los fines asistenciales, sociales y médicos - la Secretaría de Salubridad y Asistencia mediante la acción de la Subsecretaría de Asistencia, proporciona los servicios de asistencia social y médica, atendiendo fundamentalmente a las clases más necesitadas del país, fungiendo como apoyo normativo a las demás instituciones públicas en su materia.

La importancia de la Subsecretaría de Asistencia es cada vez más fuerte. La tendencia de salud del mexicano, a la vez - que se manifiesta con una baja tasa de mortalidad se vé más problemática en cuanto a cobertura nacional, por la alta -- tasa demográfica. Es decir ambos datos significan reconocí- case por un lado, un mayor rendimiento de los servicios de salud, pero este efecto se vé contrarrestado con una mayor población que demanda servicios en cantidades mayores.

La discusión en torno a este problema es amplio a nivel -- mundial, los países del llamado occidente, son de la idea de generalizar cada vez más el control natal, algunos otros no creen que sea necesaria tal problemática inmediata, que presenta este alto incremento de la población que tiende a ser cada día más alto.

Por otra parte, la estructura administrativa mexicana, ob- serva gran concentración, fundamentalmente en aquellos po- los urbanos más modernos, en donde la tasa de población es alta, obviamente motivada, en buena medida, por inmigración de la población rural a estas zonas. El mecanismo que en forma simple nos explica este fenómeno consideramos que es la búsqueda de satisfactores de las necesidades elementales del hombre. La salud es algopreciado por cada uno de no- sotros y como tal, buscamos el máximo de bienestar, llámese social, llámese económico. Es decir, sin querer entrar en especulaciones de ningún tipo, consideramos a estos elemen- tos como interactuantes en la vida del hombre y su contacto con el medio que lo rodea.

Los escasos recursos con que de hecho se cuenta para atacar tal problemática, además de otros problemas colaterales -- -en ocasiones políticos- necesariamente establecen la pauta para fijar políticas más acordes a la situación e incorporar las técnicas más adecuadas para el uso óptimo de esos recur- sos por escasos que sean. Los objetivos de la Subsecretaría se verán cumplidos en buena medida sobre la base de estos -- principios.

De hecho, las mismas atribuciones de la Subsecretaría de Asistencia deben traducirse, en el campo técnico-administrativo, en adecuar las estructuras y cambiar las mentalidades que a la luz de una reforma administrativa se presentan totalmente anquilosadas. Los efectos de la asistencia en México deben ampliar su cobertura, llegar hasta los lugares más marginados del país, e incorporar el mayor número de personas en esta labor.

Esta investigación intenta ser un proyecto para identificar cualitativa y cuantitativamente los recursos que existen en parte del sector salud y la forma de aprovecharlos mejor. Los motivos que me hicieron emprender este estudio como estudiante de Administración Pública, como Empleado Federal de la Subsecretaría de Asistencia, los englobo en los siguientes:

#### PROPOSITOS INICIALES:

1. Contar con la información necesaria.
2. Contar con la facilidad en las instituciones. (Subsecretaría de Asistencia).
3. Colaborar de alguna manera para el Mejoramiento Administrativo de la Subsecretaría.
4. Ver las posibilidades de la integración de los Servicios Médicos: Secretaría de Salubridad y Asistencia, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Secretaría de Marina, Departamento del Distrito Federal, etc., y
5. Mejorar el renglón de la Salud Pública.

De esta manera, la Tesis que presento, " UN ASPECTO DE LA ADMINISTRACION DE LA SALUD EN MEXICO ", contempla el estudio de la Organización y Funcionamiento de la Subsecretaría de Asistencia de la S.S.A., a través del desarrollo de varias hipótesis que para su estudio divido por el objetivo que persiguen.

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## OBJETIVOS INICIALES:

## Generales:

1. Contribuir con la información producida en la presente investigación para elevar los niveles de la Administración de los recursos de la Subsecretaría de Asistencia mediante la actualización de los sistemas y procedimientos de trabajo.
2. Llegar a coadyuvar al mejoramiento de los niveles de la población bajo la jurisdicción de la Subsecretaría de Asistencia, mediante el desarrollo integral de la ciencia administrativa.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS E HIPOTESIS CORRESPONDIENTES:

1. Describir la situación actual del Sistema de Salud en México.

## HIPOTESIS:

- No existe en México un solo sistema de salud, más bien hay por lo menos cuatro sistemas muy bien definidos, cada uno con sus propios recursos y su propia problemática y procedimientos para resolverlos.
  - La unificación de los sistemas de salud en México ha dado los primeros pasos desde el punto de vista legal pero la integración administrativa y técnica será una solución a largo plazo.
  - Al mejorar los índices y tasas de salud en general, el país estará en mejores condiciones para alcanzar sus etapas superiores de desarrollo económico.
2. Analizar el papel que juega el Administrador Público dentro de la Administración de la Salud.

## HIPOTESIS:



- En la actualidad, los profesionales de Ciencias Políticas y Administración Pública, no han asumido cargos de gran responsabilidad en el sector salud, ya que se les ha utilizado en los niveles de analistas o de asesor en asuntos administrativos propios del sector.
  - La existencia de 6,000 establecimientos de atención médica en el país, es una fuente inexplorada de trabajo por los profesionales en Ciencias Políticas y Administración Pública.
  - El Administrador Público es el elemento más idóneo para manejar problemas de salud pública, ya que su preparación y formación le permite tener una visión más amplia de las condiciones y problemática social, económica y política del país.
3. Promover el desarrollo administrativo a nivel científico del Sector Salud, en lo que se refiere a la administración de servicios en todos los niveles de salud (referidos al ámbito de la Subsecretaría de Asistencia)

#### HIPOTESIS:

- El Sector Salud en general, requiere de la participación de profesionales de las Ciencias Políticas y la Administración Pública en todos los ámbitos de trabajo.
  - Es necesario que desde la preparación de Pregrado, las Universidades del país preparen personal administrativo especializado que colaborará en situaciones favorables con los demás elementos que se encuentran laborando en el Sector Salud.
  - Se requiere que las Universidades del país enseñen en sus currículums profesionales, las asignaciones y módulos de administración de salud, administración de hospitales, etc., ya que actualmente ese tipo de actividad es desarrollado fundamentalmente ahora por Médicos sin preparación específica.
4. Ubicar el papel que juega la Subsecretaría de Asistencia, como órgano normativo a nivel nacional de la Salud en México.

## HIPOTESIS:

- La Subsecretaría de Asistencia, como parte de la SSA, es el órgano normativo de un subsector muy importante de la salud, ya que controla la prestación de servicios de asistencia médica y social, así como materno-infantil en las capas de población más económicamente desprotegidas.
  - El Sistema de Salud en la Subsecretaría de Asistencia toma sus fundamentos para funcionamiento y organización de los llamados sanitarios, dejando a un lado los elementos normativos legales, por tradiciones formales, que se convierten en frenos para el desarrollo.
  - La Administración del Sistema de Salud de la Subsecretaría de Asistencia, podría mejorarse notablemente si se permitiera la participación de los profesionales en Administración Pública debidamente adiestrados, que colaboraran en plano de igualdad con los Médicos Sanitarios y de otro tipo que tradicionalmente ha manejado el sector.
5. Conocer los métodos y procedimientos administrativos de la Subsecretaría de Asistencia a fin de mejorarlos cuando sea conveniente.

## HIPOTESIS:

- La Subsecretaría de Asistencia para impulsar el desarrollo económico, social, cultural y político del país se basa en la Reforma Administrativa, la cual forma parte de las transformaciones básicas que se están efectuando en el campo de la salud en México.
- La Subsecretaría de Asistencia está tratando de cumplir tanto en la doctrina como en los procedimientos, en la búsqueda y aplicación de las medidas más adecuadas y convenientes para dar una base sólida a todas las acciones que se programen para los sistemas de salud en México.
- En la estructura orgánica de la Subsecretaría de Asistencia, se tienen órganos que responden a criterios diversos y que controlan los servicios asistenciales, de apoyo y de investigación, siempre más de los necesarios.

Una vez elaborado el planteamiento anterior pasé al campo de la investigación donde se utilizaron una buena medida, los conocimientos y técnicas adquiridos en clase.

La primera etapa, de recopilación, consistió en recopilar las obras publicadas sobre el tema de la asistencia pública, se seleccionaron las que se presentaron como más convenientes para obtener los propósitos y objetivos planteados.

Con base al conocimiento de las técnicas de investigación documental, se hizo el análisis de lo recopilado.

Se aplicaron algunas técnicas de la investigación de campo, puesto que se elaboraron cuestionarios y cédulas de entrevistas que fueron aplicadas a algunos funcionarios de la Subsecretaría de Asistencia.

Con la información debidamente procesada se pasó a la elaboración directa de la Tesis, que también contempla, en su contenido, análisis de estadísticas.

El trabajo ya elaborado quedó finalmente dividido de la siguiente manera:

- Una introducción, en donde se plantean los propósitos, así como los objetivos que se persiguen en la Tesis.
- Un apartado de Resúmenes en el cual se menciona lo más importante de cada capítulo.
- Cinco capítulos, los tres primeros ubican el problema de Asistencia Pública y la importancia de la Subsecretaría de Asistencia; el cuarto analiza el problema específico; el quinto la solución del mismo.
- Apartado de Comentarios y Conclusiones basados en las hipótesis antes planteadas en la introducción su cumplimiento o no a través del estudio y dos anexos complementarios al estudio.

Específicamente:

Una introducción al problema planteado resaltando el porqué de este estudio. Los propósitos, los objetivos iniciales así como la hipótesis.

Un apartado de Resúmenes del caso, en el cual se sintetiza lo más relevante del contenido de cada capítulo.

CAPITULO PRIMERO:

Se busca un marco de referencia mediante el estudio de la asistencia pública mexicana a partir de la época precortesiana hasta ahora.

CAPITULO SEGUNDO:

Se ubica a la Subsecretaría de Asistencia en el marco del sistema de salud en México, mediante el estudio de éste, su conformación y su problemática.

CAPITULO TERCERO:

En este capítulo se hace un estudio detallado de la organización actual de la Subsecretaría de Asistencia analizando los mecanismos de creación de cada una de sus dependencias y su eficiencia administrativa. Así también, se ubica su importancia administrativa. Se anexan al final de la Tesis algunas estadísticas y cuadros de organización que ayudan a clasificar y fortalecer el contenido del capítulo.

CAPITULO CUARTO:

El análisis crítico de algunos problemas de la Subsecretaría de Asistencia en base al proceso administrativo, lleva a fijar conclusiones sobre las definiciones administrativas existentes.

CAPITULO QUINTO:

En base a todo el estudio realizado en los capítulos que le anteceden, este capítulo contiene la posible resolución a la problemática planteada.

APARTADO DE COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La elaboración de los resultados del desarrollo de las hipótesis planteadas, así como un breve comentario.

## ANEXO 1:

Se desglosa detalladamente la organización actual de todas las dependencias que integran a la Subsecretaría de Asistencia (objetivos, políticas, funciones y organogramas) etc.

## ANEXO 2:

Se presentan en su mayoría cuadros estadísticos que nos -  
auxilian en la comprensión de los temas tratados en la tesis.

## APENDICE DE LA INTRODUCCION

La Comisión Mixta Coordinadora de actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, se creó bajo Decreto Presidencial, el día 6 de Agosto de 1965, quedando constituida por:

El Secretario de Salubridad y Asistencia.

El Director General del I.M.S.S.

El Director General del I.S.S.S.T.E.

Un Médico.

Un Arquitecto.

El objetivo que pretende alcanzar es el de la "coordinación de funciones y planeación de actividades en las ramas que su ombre alude, a efecto de lograr una mejor inversión y administración de los recursos que el Sector Público Federal destina a dichos fines".

## RESUMEN DEL ESTUDIO DEL CASO

## RESUMEN DEL ESTUDIO DEL CASO

## ANTECEDENTES

Los orígenes de la asistencia médico-social, datan de la época precortesiana, en la cual la práctica médica primitiva se realizaba ya en ese entonces en algunas instituciones de asistencia en México, Cholollan y Texcoco, siendo función del Emperador sostener algunos de ellos.

Durante la época colonial se erigieron templos y conventos cristianos, en los cuales se destinaban áreas para el cuidado de los enfermos pobres, de los incurables, de los soldados heridos, así como de los remeros cansados de sus largas caminatas.

Sobresale este período por ser escenario en el cual parece haberse fundado el primer hospital de la República Mexicana. Se edificó en Huastepo (Oaxtepec), Edo. de Morelos, en la ciudad de México, Cortés funda el Hospital Tlaxpana, el cual fue destinado para el alojamiento y curación de enfermos de lepra; fue clausurado por Nuño de Guzmán para evitar contagios y puesto nuevamente en actividad en 1572, por el Dr. Pedro López en el actual barrio de San Lázaro. Cabe destacar también la edificación del Hospital de Jesús de Nazareth, cuya primera denominación fue la del Marqués, en memoria de Don Hernando de Cortés, Marqués del Valle de Oaxaca.

Desde principios de siglo XIX, durante la Independencia y hasta la Reforma, nacen algunas instituciones de salubridad y asistencia médica, entre los cuales podemos mencionar las siguientes: el Protomedicato, el cual tuvo alcances hasta el año de 1820, la Facultad de Medicina (1820), la Institución de Ciencias Médicas (1833), el Consejo Superior de Salubridad del Departamento Médico (1841), etc.

Durante el inicio de la Revolución el órgano encargado de llevar las funciones de salubridad fue el Consejo de Salubridad General, entonces dependencia de la Secretaría de Gobernación. En el año de 1917 se crea el Departamento de Salubridad Pública. Hasta este momento no se había comprendido la importancia de la higiene y existencia del hombre y se otorgaba mayor atención a otros ramos de la Administración Pública. Este fue uno de los obstáculos con que se enfrentó el Departamento que en lo que a recursos contaba con lo elemental para su existencia.



Para fines del periodo comprendido entre 1924-1928 el Departamento de Salubridad inicia la tarea de reformar la legislación Sanitaria, buscando desarrollar la acción sanitaria y garantizar la salvaguardia de la salud pública. Este Departamento prolongó su existencia hasta el año de 1943 en que se fusiona con la Secretaría de Asistencia Pública, precisamente el 18 de octubre y como resultado de un Decreto Presidencial.

La decisión de fusionar los organismos sanitarios y asistenciales se impuso como consecuencia de las condiciones administrativas que imperaban en ese momento histórico de México, hacía necesario mejorar la coordinación entre estas labores.

Al darse la fusión, la nueva Secretaría funciona con una Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, hasta junio de 1959, cuando, a través de un acuerdo interno se crean dos subsecretarías una de Salubridad y otra de Asistencia.

Con ello, la Subsecretaría de Asistencia se convirtió, teóricamente en el órgano rector a nivel nacional de la asistencia pública.

Con posterioridad, en 1973 se crea la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente, y en febrero de 1977, nace la Subsecretaría de Planificación.

Es evidente que el aparato administrativo de la salud en México, ha crecido en base a las necesidades de salud. A través de la historia surgen algunos organismos que se han presentado como un paliativo a la problemática de normar y ejecutar acciones de salud.

## LAS CONDICIONES DE SALUD Y SUS RECURSOS

La Secretaría de Salubridad y Asistencia en su función fundamental de asistencia pública, se enfrenta ante la problemática de satisfacer las necesidades de una población creciente, cada vez necesitada de atención médica y con los más diversos problemas sociales, culturales y económicos. Como es sabido la población del país ha tenido en los últimos años, un ritmo acelerado de crecimiento demográfico, incremento estimulado por la notable disminución de las tasas de mortalidad.

Por otro lado, la densidad promedio de la población ha -- cambiado al aumentar la población y mantener invariable -- su superficie. Tal ritmo de crecimiento ha tenido como -- consecuencia el rejuvenecimiento de la población, ya que en 1976 el 46.5% de la población correspondía al grupo de menores de 15 años. Esto implicaba mayor población depen- diente económicamente y no por ello deja de demandar ser- vicios públicos indispensables, como los de salud.

Por sus atributos corresponde a la S.S.A., ser el eje rec- tor del sistema salud. No obstante, la atención médica se ofrece mediante las acciones de salud desarrolladas por -- tres sistemas básicos: el de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el de las instituciones de seguridad social y el del sector privado. Estos sistemas de salud, no obstan- te que en teoría buscan un fin común en la realidad, la -- prestación de los servicios médicos de cada uno de ellos, responden a postulados diferentes a saber:

- El de la S.S.A., ajustado al principio igualitario de que la salud es un derecho de todos los mexicanos y -- el gobierno es el responsable de proporcionar servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud.
- El de las instituciones de seguridad social basado en el derecho gremial de la prestación de diversos servi- cios, entre ellos la salud.
- El del ejercicio privado de la medicina, apoyado en -- leyes de libre oferta y demanda, bajo vigilancia de -- la S.S.A.

La existencia de tres sistemas trae como consecuencia una mayor cobertura de la población en materia de asistencia -- médica. No obstante, de acuerdo con cifras oficiales de 1973, la problemática de salud del pueblo mexicano sigue -- siendo grande, por ende, también para la S.S.A., especifi- camente en el caso de la Subsecretaría de Asistencia. Es decir, los servicios de salud de seguridad social como el I.M.S.S., y el I.S.S.S.T.E., ampararon para 1976, alrededor de 16 millones de habitantes, el resto de la población debió ser atendida por la S.S.A. y los servicios privados.

Si a esto le agregamos las grandes desproporciones que exis- ten en cuanto a recursos, el problema se agrava puesto que la S.S.A., para otorgar sus servicios de salud cuenta con el

49.46% de las unidades médicas totales existentes en el sistema de salud nacional, y con solo el 21.5% del total de médicos el 18.6% de las enfermeras generales, el 19.4% de las especializadas y el 26.1% de las auxiliares. Se evidencia más esta desproporción si observamos la relación con los recursos integrados en la seguridad social: el 51.4% del total de médicos, el 52.2% de enfermeras generales, el 47.5% de las especializadas y el 46% de las auxiliares de enfermería.

También notamos esta desproporción en cuanto al presupuesto destinado al sector salud, ya que este representó, para el año de 1971 el 23% del presupuesto total; en 1972, el 18.7% y en 1974 el 16%. Asimismo, conviene señalar que a la S.S.A. le corresponde dar atención a más del 50% de la población nacional, y únicamente tuvo asegurado el 1.6% del presupuesto de egresos de la Federación para el año de 1974.

#### LA SUBSECRETARÍA DE ASISTENCIA. ORGANIZACIÓN.

La estructura orgánica de la Subsecretaría de Asistencia en 1976 no responde a la aplicación de un criterio uniforme racionalmente estudiado, ya que es consecuencia de la conjugación de múltiples factores que fueron condicionando la presencia de varios elementos aparentemente opuestos: después de nuestros estudios pudimos agrupar, convencionalmente, a las dependencias, de la siguiente manera.

- Las que dan servicio a grupos
- Las de áreas especializadas
- Las funcionales (servicios de apoyo)
- Las de servicios específicos.

ahondemos un poco a los criterios anteriores, estableciendo sus causas y efectos.

El grupo de las dependencias que dan servicio a grupos es uno de los tradicionales, el más permanente en la Subsecretaría; bajo este rubro se integran unidades de la jerarquía de direcciones generales, lo cual indica la importancia política y administrativa que se les concede dentro de la Subsecretaría, destacan entre otras, las siguientes características funcionales y operativas:

- a) Mayores asignaciones presupuestales
- b) Mayores subsidios
- c) Mayor importancia política para sus integrantes directivos
- d) Mayor cantidad de recursos humanos.

En cuanto que las dependencias de áreas especializadas tienen una jerarquía menor política y administrativa que las mencionadas anteriormente. Se les denomina direcciones -- simplemente y se les distingue por el hecho de haber sido creadas como consecuencia de presiones de algunas profesiones de la salud, que habían ocupado un lugar secundario, en relación a los médicos. Su función es normativa, pero en su accionar realizan funciones que les fueron atribuidas a las unidades aplicativas, generando conflictos con entes directivos de estas Unidades. Preciso es mencionar que -- estas direcciones no sólo en ocasiones crean conflictos en el marco de las unidades aplicativas, sino que su acción -- trasciende hacia las Direcciones Generales. Se observa -- también la incipiente estructuración de las Direcciones en cuanto que sólo desarrollan parcialmente el proceso administrativo.

Al analizar las dependencias funcionales, encontramos que reciben diversas denominaciones y diversas jerarquías en -- sus medios. Una asesoría Técnica, adscrita directamente -- al Subsecretario de Asistencia, una Dirección General de -- Materno-Infantil, que recibe su jerarquía como consecuencia de la población; y, finalmente la Campaña Nacional Contra el Cáncer, la cual se independiza de las otras unidades a fin de darles cierto manejo autónomo de las áreas que tienen asignadas.

Por último, en la organización de la Subsecretaría de Asistencia, se encuentran las llamadas dependencias de servicios específicos, en donde ubicamos a dos entidades: la Unidad -- de Cuadros Básicos para la Atención Médica y el Laboratorio Central de Reactivos. Su jurisdicción comprende a unidades aplicadas a toda la S.S.A. En el caso del Laboratorio, sus servicios abarcan también a unidades que se encuentran fuera de la S.S.A.; estas unidades son eminentemente normativas pero tienen facultades de control hacia los servicios que -- ofrecen, no obstante que se ven minimizadas por falta de -- presupuesto propio y de personal calificado para desarrollar las funciones adecuadas, lo que explica en buena medida la baja calidad de los servicios que prestan.

Características Administrativo-Políticas Sobresalientes de la Organización de la Subsecretaría de Asistencia.

En el cuadro organizativo descrito, se presentan algunos -- problemas significativos, entre los que podemos mencionar:

- Duplicidad en la ejecución de funciones
- Duplicidad de autoridad sobre determinadas áreas
- No coordinación de acciones entre dependencias de la misma área
- Presencia de múltiples organismos rectores a nivel normativo que tienen acción sobre los mismos subordinados
- Inefectividad en el cumplimiento de órdenes ya que, frecuentemente, los directivos invaden otras áreas.

Podemos afirmar con lo anteriormente dicho que este marco organizacional, de alguna manera es consecuencia de la influencia directa o indirecta de la conjugación de los siguientes factores:

1. Herencia político-administrativa. Las autoridades -- actuales heredaron una estructura obsoleta e inoperante, que conjugada con diversos factores políticos y administrativos, perpetuaron el estado actual de las cosas.
2. Intereses tradicionales arraigados: Los esfuerzos de Reforma Administrativa que buscaban realizar cambios en las estructuras, se vieron frenados por la presencia de intereses tradicionales arraigados. Específicamente mencionamos los casos de las Direcciones de Enfermería, Odontología, Trabajo Social las que se podrían organizar de diferentes maneras, eliminando así, la duplicidad de funciones y su intervención que alienta, en ocasiones, el trabajo de las unidades aplicativas. La pauta a seguir para la realización del programa de Reforma Administrativa, se necesita que cambien la oposición que ejercen los diversos grupos sobre todo aquel signo de cambio.
3. Tendencia a perpetuar el statu-quo. Se nota que la problemática fundamental en la Subsecretaría de Asistencia, recae en el cambio de mentalidades de los trabajadores públicos. Existe una tendencia general a trabajar en forma rutinaria y a mantener todo un mecanismo burocrático que por el hecho de haber funcionado, en forma elemental, durante mucho tiempo, -- la efectividad para emprender acciones dinámicas, -- como lo sería una reforma administrativa, es mínima.

4. Desconocimiento de elementos técnicos para organizar. Otro planteamiento importante en la mejora estructural de la Subsecretaría de Asistencia, sería en buena medida, la incorporación a niveles de decisión de personal especializado en técnicas administrativas. Hasta ahora, la administración de los recursos no ha alcanzado los niveles de racionalidad deseados, en parte por esta carencia de profesionales cuya colaboración con los profesionales de la salud se hace importante en el establecimiento de una administración para el desarrollo.
5. Reparto del "botín" político. El factor político, aunado a los anteriores, complementan el cuadro organizativo de la Subsecretaría de Asistencia. Peculiar elemento de la estructura política administrativa de nuestro país, es el premio administrativo, donación anárquica y, en la mayoría de las veces, sin una perspectiva que proyecte una mejoría administrativa. Anárquico y fuera de contexto administrativo, se presenta la creación de órganos sin delimitación precisa y cuyo control es peleado por el prestigio político, fundamentalmente, que traería para su dependencia.

#### Algunos Problemas de Funcionamiento.

La estructura de la Subsecretaría de Asistencia presenta algunos problemas. En la planeación de las unidades de la Subsecretaría no existe la conciliación debida entre el programa presupuestal y el de actividades técnico-médicas. El proyecto de presupuesto no obedece a estudios serios que justifiquen la ampliación de las partidas. Otro problema también lo es el hecho de que la planeación de actividades no se realiza en relación de los recursos humanos, ya que la integración de éstos es función de un sistema mayor de relación de personal. En lo que hace a objetivos, su diseño se realiza con base a un alto nivel de subjetividad, con imprecisión, defectos que se reflejan en la endeble programación de actividades y en ninguna evaluación.

Así también existe, en las unidades normativas y aplicativas de la Subsecretaría, una inadecuada asignación de recursos humanos, carencia que se resiente sobre todo en las áreas técnicas. Se justifica esta necesidad a partir de la naturaleza de las funciones asistenciales de las mencionadas organizaciones. Es decir, se necesita personal capacitado para planear, organizar, integrar, dirigir y controlar las actividades de asistencia. El ejemplo dado en la Dirección Gene-

ral de Salud Mental, nos muestra una integración bastante -desequilibrada si consideramos la naturaleza de la institución, ya que cuenta solo con el 14.38% de personal técnico y médico del total integrado.

Sobre el aspecto de la comunicación se nota, en algunas dependencias de la Subsecretaría de Asistencia, en su ámbito interno, un problema microorganizacional.

Existen fallas de comunicación entre las distintas áreas -técnicas y administrativas. Estas fallas se reflejan en una gran duplicidad de objetivos a alcanzar, de funciones a realizar, de programas a desarrollar, y así también se carece de participación en la elaboración de un plan general de trabajo, y el trabajo en grupo apenas y se conoce su existencia como técnica; las políticas de acción son indeterminadas se desconocen los objetivos, funciones, políticas y programas en su diseño contemplan, la mayor de las veces, criterios presupuestales.

La posible solución a este problema se podría presentar a partir de la realización más interna de reuniones de trabajo en las diversas áreas técnicas y administrativas, y así también fijarles a éstas sus comunicaciones necesarias en la realización de sus funciones. En una primera instancia determinarles sus objetivos a partir de los cuales, la fijación y realización de políticas y funciones se facilitarían. Con tal incremento en la comunidad intradireccional se atacará también el desconocimiento del personal integrado en cuanto los niveles jerárquicos, departamentación y funcionamiento de la organización.

A nivel interdireccional, la comunicación se realiza con base a las normas, lineamientos y directrices de trabajo, que directamente se envían de la unidad central a las unidades normativas, aunque en ésta, la programación depende, en alguna medida, del criterio de sus titulares.

Otro punto importante en el estudio de la Subsecretaría, es el relativo al trabajo en base a planes y programas. Este punto se encuentra estrechamente relacionado con el mencionado líneas arriba, de la necesidad de personal técnico en las unidades normativas y aplicativas de la Subsecretaría. Esta carencia se refleja en la realización de actividades sin un programa o bajo un plan, por ende, también sin los niveles deseables de control. En el mejor de los casos - los programas que se elaboran son demasiado elementales, - caso de la Dirección General de Salud Mental, y no contemplan objetivos más precisos, políticas, acuerdos con los pro

blemas de cada organización en cuanto hace a los recursos integrados. A ésto cabe agregar los problemas de tipo macroadministrativo con relación a la Subsecretaría. Estos es, regularmente, las unidades dependientes de ella, es decir, los llamados órganos funcionales-asistenciales, los de apoyo y los de investigación y promoción, programan anualmente sus actividades, en base al ejercicio del año fiscal en cuestión. Se realiza un anteproyecto que se somete a consideración de la Subsecretaría de Asistencia, y posteriormente a la Oficialía Mayor. Estos anteproyectos sufren algunos ajustes que llegan, en no pocos casos, a reducir a la mitad el presupuesto solicitado.

#### ADMINISTRACION POR PROGRAMAS

En la Subsecretaría de Asistencia, durante el sexenio anterior, existían algunos programas para mejorar la administración del ámbito asistencia sin que se llegara a establecer una administración técnico-médica en base a los programas existentes.

A partir de 1971, por aprobación de las autoridades de la Secretaría de Asistencia, se empieza a laborar con algunos programas técnico-médicos y técnico-administrativos. Entre los más importantes se encuentran:

- El Programa Técnico-Médico
- El Programa Estadístico
- El Programa Contable
- El Programa de Mejoramiento Administrativo

La Subsecretaría de asistencia ha venido trabajando y cumpliendo las atribuciones que le competen en base a estos programas.

#### PROGRAMA MEDICO

Este programa tomó en cuenta, principalmente, al Plan Nacional de Salud, el cual tiene alcances hasta el año de 1983, se concibe como un documento flexible a las circunstancias y a los recursos disponibles para su desarrollo. El soporte fundamental del Plan Nacional de Salud lo habrán de constituir el conjunto de Programas en todos y cada uno de los Estados de la República Mexicana.



La Subsecretaría de Asistencia tendrá a su cargo la coordinación del plan y podrá establecer normas y políticas en materia de asistencia. De esta forma, el programa médico de la Subsecretaría se desarrollará con la participación - que tenga en algunos programas relacionados con los aspectos médico-asistenciales que contiene el Plan Nacional de Salud. Podemos mencionar los siguientes:

Programa de Educación para la Salud  
Programa de Salud Materno-Infantil y  
Planeación Familiar  
Programa de Salud Mental, entre otros.

#### PROGRAMA CONTABLE:

Existen tres Secretarías encargadas de controlar el presupuesto destinado para cada organismo centralizado y descentralizado, éstas son: la de la Presidencia, la de Hacienda y la de Patrimonio Nacional.

Existen también, tanto a nivel del sector público federal como en cada una de las instituciones que lo integran, oficinas encargadas del control de sus respectivas actividades y resultados. Desgraciadamente, ni las disposiciones que existen, ni su instrumentación, forman parte de un sistema general integrado.

En el período comprendido entre 1971-1976 la Subsecretaría de Asistencia estructuró un programa, contando con información adecuada permanente, para satisfacer y orientar la toma de decisiones, el uso de los recursos humanos, materiales y financieros. Dicho estudio permitió a la Subsecretaría crear una imagen de confianza, que facilitó la obtención de un incremento notable en la asignación anual de recursos como se aprecia en las gráficas correspondientes.

Este programa tiene como base los aspectos financieros y presupuestales. Siendo éstas la base de partida en la división de catálogo de cuantas: cuentas de balance y resultados, cuentas de orden.

Se busca la adecuación de necesidades de control que se es timen necesarios para cada una de las dependencias con la implantación de este programa.

Este programa facilitará la consideración de los estados financieros que en el futuro nos permita dar a conocer a las autoridades como se ejerce el presupuesto federal en esta Secretaría.

#### PROGRAMA ESTADISTICO

En este programa se contempla lo siguiente:

- Estadísticas Vitales
- Estadísticas de Recursos para la Salud
- Estadísticas de Servicios
- Estadísticas de Costos.

Como vimos en este capítulo, en la Subsecretaría de Asistencia, se lleva a cabo un tipo de estadística indicativa de los renglones más importantes para la planeación de los servicios que presta, como son los días estancia, demanda de servicios, egresos e ingresos hospitalarios, etc.

#### PROGRAMA DE MEJORAMIENTO ADMINISTRATIVO

Este programa inició sus actividades en el año de 1972, - mediante la aplicación de técnicas administrativas que me joraron el uso de los recursos disponibles.

La unidad encargada de llevar a cabo este programa tenía como norma la acción de estudiar todo el universo de trabajo de organización a través del análisis técnico de las operaciones, procedimientos, funciones, políticas y los - programas de trabajo, utilizando el enfoque operativo del proceso administrativo como instrumento principal.

La implantación del enfoque operativo quedó a cargo de un grupo de estudios de mejoramiento administrativo (GEMA) - dependiendo jerárquicamente de la Asesoría técnica de la

Subsecretaría de Asistencia, cuyo objetivo establece: revisar, analizar y adecuar los mecanismos administrativos de una organización, a fin de elevar la eficiencia de una unidad administrativa.

Se utilizaron varios instrumentos de trabajo para llevar a cabo la realización de este programa, entre los cuales, mencionaremos los siguientes:

Guías para elaborar Diagnósticos  
Lista de comprobación de observaciones  
Organogramas  
Fluxogramas, etc.

Este programa se llevó a cabo en las dependencias de la Subsecretaría de Asistencia, usando como estrategia integrar recursos de ellas al grupo de trabajo con una evaluación periódica de lo realizado cada año y su respectiva realimentación.

Es en base al desarrollo de estos programas, como la -- Subsecretaría de Asistencia intenta resolver la problemática que plantean los escasos recursos con que se --- cuenta para otorgar asistencia, es un intento de aprovechar los recursos en su máximo.

## C A P I T U L O I

### ASPECTOS HISTORICOS DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

1. MARCO DE REFERENCIA
  
2. ANTECEDENTES REMOTOS
  - 2.1 Epoca Precortesiana
  - 2.2 Epoca Colonial
  - 2.3 Independencia y Reforma
  - 2.4 Epoca Revolucionaria
  
3. ALGUNOS ASPECTOS HISTORICOS DE LA ASISTENCIA EN MEXICO
  
4. CONSIDERACIONES FINALES

Referencias Bibliográficas

## CAPITULO I

### ASPECTOS HISTORICOS DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

#### 1. MARCO DE REFERENCIA:

Siendo nuestro objeto de estudio una entidad llamada Subsecretaría de Asistencia, creímos necesario ubicarla dentro de un concepto más amplio, a fin de poder apreciar mejor la misión que tien encomendada dentro del Sistema Nacional de Salud, dicho contexto es la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En la actualidad, 1976, la Subsecretaría de Asistencia es el órgano rector a nivel nacional de todo lo relacionado con la asistencia pública, ya que como consecuencia de las atribuciones que para la Secretaría de Salubridad y Asistencia señala el Código Sanitario de mayo de 1973, resulta el órgano más idóneo administrativa y políticamente para llevar a cabo lo relacionado con la llamada asistencia pública; sin embargo, esto no fue siempre así. Acorde con la evolución del país, desde que se hizo políticamente independiente en 1821, los órganos encargados de ejecutar lo relacionado con la asistencia pública, han ido adaptándose dentro del aparato del gobierno para alcanzar mejor esos altos objetivos.

Para poder ubicar mejor la importancia de la Subsecretaría de Asistencia, consideramos conveniente incluir en esta primera parte de la Tesis, algunos rasgos característicos de la evolución histórica que ha tenido la actual, fue creada por Decreto Presidencia el 15 de octubre de 1943. Los antecedentes inmediatos de la S.S.A., los encontramos en dos entidades públicas a saber: el Departamento de Salubridad y la antigua Secretaría de Asistencia.

#### 2. ANTECEDENTES REMOTOS:

##### 2.1 Epoca Precortesiana

Los orígenes de la asistencia médico-social en México, arrancan indudablemente de la época precortesiana, puesto que, historiadores tan serios como Lucas Alamán, Bernal --

Díaz del Castillo, Torquemada, etc., reconocen que el ejercicio privado de la medicina entre los aztecas, era cosa -- corriente, existiendo inclusive división por especialidades en medicina (cirugía y obstetricia), que se llevaban a cabo por personas dedicadas a estos ramos, aún cuando conviene -- que la mayor parte de la población poseía conocimientos mé -- dico-quirúrgicos que les fueron transmitidos por sus ante -- pasados. Hay quienes opinan que las reuniones científicas para tratar asuntos de índole médica entre los conocedores se remontan a estos tiempos.

Se dice igualmente que en esta época, las instituciones de asistencia eran ya conocidas, existiendo hospitales en Mé -- xico, Cholollan y Texcoco, siendo del Emperador sostener algunos de ellos; Moctezuma II, por ejemplo, sostenía en -- una de sus casas imperiales un departamento para enfermeda -- des incurables y poseía un edificio llamado Netlatilouan, para alojar a los leprosos. Asimismo, disponía de alber -- gues para asistencia de los necesitados y de los huérfa -- nos, habiendo inclusive fundado en una ciudad llamada Colhuacán un hospital para militares inutilizados en la guerra, que también sirvió para inválidos al servicio de la corona. De esta misma naturaleza se fundó otro establecimiento en Tex -- coco, sostenido por los Reyes Chichimecas. ( 1 )

## 2.2 Epoca Colonial

Durante la Conquista, la crueldad con la que fueron trata -- dos los naturales de América por los conquistadores esp ño -- les, segando sus vidas, marcando a los individuos con el -- sello infame de la esclavitud, violando a sus mujeres, des -- truyendo sus hogares, sus templos, sus ídolos e incendian -- do sus siembras y sus cosechas y sus chozas, habría de pro -- ducir, como produjo, un rencor creciente cuyas manifesta -- ciones de venganza se patentizan por el abandono en masa de los poblados donde asentaron sus bienes los blancos, ha -- ciendo frecuentes incursiones para tomar represalias y mi -- nar el poderío español. Ante esta situación fue preciso que mensajeros de paz, amistad y concordia llegaran hasta el alma de los rebeldes para atraerlos y fundar o recons -- truir las numerosas ciudades que habían de dar nueva vida a las colonias castellananas, por el concurso de los nativos -- sin cuya numerosa población la conquista hubiera carecido de valor.

" En cada villa, a la que se logró atraer población indí -- gena, se erigieron templos cristianos y conventos, dentro

de los cuales se consagraron importantes espacios destinados a las enfermerías, a fin de cumplir con el voto de caridad, dando protección a los enfermos pobres, a los llamados incurables, a los soldados heridos y a los romeros cansados por sus largas caminatas.

En este contexto es así como vemos surgir los primeros hospitales en México, verdaderos jalones en la medicina en América, cuyos vetustos muros todavía hablan de la humanidad y dedicación que puso en ellos el espíritu de sus fundadores"  
( 2 )

Mucho se ha discutido acerca de la prioridad cronológica en la construcción de los conventos hospitales de la ciudad y de los estados, el dilucidar tal cuestión es obra de los -- historiadores, cuyo espíritu de investigación habrá de revelar a quién corresponde la razón, pero en cuanto nuevas luces los orientan, para desvanecer las tinieblas que el tiempo acumuló en torno a la verdad, es grato para quienes somos curiosos asomarnos a contemplar el grandioso ejemplo que -- las grandiosas generaciones dejaron a las presentes y de -- todos los tiempos, en materia de asistencia, consagrada al servicio de los desvalidos, ejemplo indeleble de que aún -- hablan los viejos, pero todavía robustos muros de los hospitales que levantaron con el más puro espíritu de caridad -- cristiana y de amor a sus semejantes.

El hospital que parece haberse fundado primero en la República Mexicana fue el de Huastepec (Oaxtepec), en un rincón paradisíaco, situado en las cercanías de Cuautla, estado de Morelos, el que se edificó apenas terminada la Conquista y antes de que la Capital fuese reconstruida la que una vez efectuada, deteminó su abandono .

En la Ciudad de México, el Hospital de Tlaxpana se considera como el primero destinado al alojamiento y curación de los enfermos de lepra; fue fundado por Cortés en la Rivera de San Cosme, en el sitio que todavía a la fecha se conoce con este nombre; fue clausurado por Nuño de Guzman ante el temor de que las aguas de bebida, que pasaban por este sitio antes de llegar a la ciudad, propagasen lá lepra.

"Fue vuelto a reconstruir por el Dr. Pedro López, (tercero de este nombre), hacia el año de 1572, en el barrio que todavía se conoce con el nombre de San Lázaro". ( 3 )

En las calles de Pino Suárez y 20 de Noviembre, completamente modernizado y ampliado con hermosas y productivas construcciones se encuentra una de las más antiguas construcciones, el Hospital de Jesús de Nazareno, cuya primera denominación fue de El Marqués, en memoria de Don Hernando de Cortés, Marqués del Valle de Oaxaca, quien celebró en este lugar su primera entrevista con el Emperador Moctezuma II, el 8 de noviembre de 1519, pero también se asegura que con esta construcción el conquistador trató de compensar con una buena obra los actos de crueldad cometidos durante la lucha de dominación entre los aborígenes, dando con ello alivio a los dolores de los enfermos de la generación a la que tanto hizo sufrir.

Y es así como se deriva una lista interminable de edificios e instituciones creados con fines asistenciales para los necesitados que se presentaban en el país, algunos todavía existen y otros ya no; por una serie de vicisitudes caracterizadas por clausuras, reaperturas, cambios de nombre, etc.

### 2.3 Independencia y Reforma

El órgano administrativo encargado de la aplicación de los preceptos que rigieron la función sanitaria antes de la Independencia y hasta hace diez años después de consumada, fue el Protomedicato.

En el año de 1820, se creó la Facultad de Medicina, quien asumió esta función y a la que se concedieron facultades para regular el Código de las leyes sanitarias de esta fecha.

"La inutilidad para hacer algo por la Salubridad durante la colonia justifica la ley de cesación del tribunal del protomedicato, dictada el 21 de octubre de 1831. Ese mismo año. Los médicos mexicanos puestos en contacto libre con Europa y los Estados Unidos, renovaron la estructura médica gubernamental en el Distrito Federal y surgió en 1831 la Facultad Médica de esta entidad.

Para el año de 1833, se crea una nueva institución llevando por nombre Ciencias Médicas quien asume las responsabilidades de llevar a cabo las funciones sanitarias del país.



Los primeros pasos de organización sanitario asistencia de esta época entre otros fue el Primer Congreso Nacional de Higiene que se efectuó en la Capital de la República el 16 de septiembre de 1883, en el cual se advierte la influencia renovadora de los maestros del establecimiento de ciencias médicas. Y sus alumnos enviados a estudiar al extranjero, pues como lo informó el Presidente González en 1885, pidió que: "Se definan ciertas bases en relación con la Salubridad común y se explida en Código Sanitario". "Una ley que determine la esfera de acción que en materia de tan alta importancia corresponde a los poderes federales y a los gobiernos de los estados". ... Es importante mencionar las ideas que manifestaron algunos médicos que propusieron un ministerio de salubridad, concertados por el Dr. Manuel Séptien y Llata en 1892 que no se realizaron hasta 1917" ( 4 )

"Para la fecha de 4 de enero de 1841 nace un nuevo organismo encargado de las nuevas funciones que el anterior llamado "Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México .

Cuyo nombre data de 1876 hasta 1917 fue el de "Consejo Superior de Salubridad del Distrito y Territorios Federales. -- Dependiendo de la Secretaría de Gobernación" ( 5 )

Durante la Reforma se dictaron acertadas leyes para garantizar el cumplimiento de la voluntad de los particulares que testasen, o que en vida donasen propiedades para la creación de instituciones de beneficencia privada. Así es como se ven surgir a su amparo fundaciones y asociaciones benéficas dotadas de personalidad jurídica propia, para poder ser considerados como personas morales que impartiesen protección y ayuda a los desvalidos, bajo la vigilancia y control de las autoridades gubernamentales; se otorgó asimismo, esta personalidad y se restituyeron sus bienes a instituciones de antiguo historial que habían venido a menos y sufrían miseria económica a causa de la nacionalización de bienes eclesiásticos por decretos 2 y 5 de febrero de 1861, 9 de octubre de 1867, 30 de marzo y 31 de octubre de 1863 y 21 de agosto de 1869.

" 3 Códigos sanitarios los de 1891, de 1894 y de 1902 se expidieron en un período de 12 años del gobierno de Díaz.

Al primer código de 1891, que empezó a regir el 10 de agosto, siguieron los de 1894 y 1902; este fue objeto de reformas importantes, publicadas en entre del 10 de septiembre de 1904.

Posteriormente derogado en 1926 por el primer código sanitario basado en la constitución de 1917" ( 6 ).

#### 2.4 Epoca Revolucionaria

No encontramos datos exactos de hasta cuando dejó de funcionar el Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México; pero el siguiente organismo encargado de llevar las mismas funciones hasta la vigencia de la Constitución Federal de 1917, lo fue un cuerpo colegiado llamado Consejo de Salubridad General, que dependió de la Secretaría de Gobernación.

En el año de 1917, se creó el Departamento de Salubridad Pública. Hasta este momento se había prestado más interés a cualesquier menester de la vida, que a la limpieza y a la existencia del hombre, y no se había comprendido suficientemente qué necesarios eran todos los ramos de la Administración Pública; el que se relaciona con la conservación del hombre y el cuidado de su especie, es fundamental. Este fue uno de los primeros obstáculos con que tropezó el Departamento al dar una nueva organización al mismo. Oficinas sin tradición burocrática con un presupuesto miserable y una estructura defectuosa, no encontraba la resonancia necesaria para que se le proveyera de lo indispensable.

Para fines del período 1924-1928, una de las principales preocupaciones fue, la de reformar la legislación necesaria anteriormente en vigor, a efecto de que las leyes y disposiciones sobre la materia, vinieran a corresponder a las necesidades de este entonces y a los principios fundamentales de la ciencia, a las nuevas orientaciones y bases fijadas en la Constitución Federal y a las necesidades observadas en la salvaguardia de los intereses que se representan a la salubridad e higiene públicas.

Ante estas circunstancias, el departamento de salubridad inició su tarea de reforma a la legislación sanitaria, procurando precisar y fijar normas y bases definitivas en que pudiera desarrollarse una efectiva acción sanitaria y garantizarse el cumplimiento de uno de los más grandes deberes del Estado: "La salvaguardia de la salud pública." ( 7 )

Con todo y sus errores, pero también con innumerables aciertos en lo que se refiere a la salud pública de la comunidad, este Departamento prolongó su existencia hasta el año de 1943 cuando el gobierno en turno decide dar un giro a la atención que hasta antes se había dado a la asistencia pública y lo fusionan con la Secretaría de Asistencia Pública.

Concretamente es el 18 de octubre de 1943 cuando el C. Presidente de la República Manuel Avila Camacho, expide el Decreto que dá origen a la actual Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual conserva, en esencia, las mismas atribuciones que la ley de Secretarías y Departamentos de Estado de 30 de diciembre de 1939, conferida a los organismos que extinguía con el Decreto.

La decisión de fusionar los organismos mencionados se impuso como consecuencia de las condiciones administrativas que imperaban y que en un momento dado multiplicaban los esfuerzos sobre una misma área, además de que desde entonces, y, desde siempre, las labores puramente sanitarias o asistenciales no tienen ninguna delimitación precisa entre sí, lo que se manifiesta en el hecho de que a menudo hay necesidad de que unas sean complementadas con las otras, formando por consiguiente, una sola actividad con dos grandes procesos, o bien, por el contrario, se observa que las dos de una sola índole, duplican en cierto modo a las otras, concretamente en nuestro país se requerían de manera evidente la más amplia coordinación entre las labores asistenciales y las de salubridad, debido a que la situación sanitaria dejaba que desear ya que las condiciones económicas imperantes sobre un gran sector de labor asistencial. Esta coordinación era evidente para todos aquellos que habían trabajado por algún tiempo en uno u otro de los campos citados y ya lo habían hecho notar no pocos de los hombres estudiosos de nuestros problemas sociales.

La identificación de estos dos campos se hace sentir hasta algunos años después de creada la Secretaría de Salubridad y Asistencia y se refleja en el aspecto administrativo orgánico, ya que hasta junio de 1959, existe en la estructura orgánica un solo Subsecretario del Ramo, denominado Subsecretario de Salubridad y Asistencia. Es precisamente el 23 de junio de 1959, cuando a través de un Acuerdo Interno se crean dos Subsecretarías, una de Salubridad y otra de Asistencia, con la finalidad de atender el gran volumen de demandas que en cuanto a la salud se condicionaban en todos los estratos de la población.

En conclusión, desde junio de 1959, hasta la fecha (1976), la Subsecretaría de Asistencia, se ha convertido en el ór-

gano rector a nivel nacional de la Asistencia Pública y el papel que ha jugado en el contexto de la salud, ha sido de los más destacados.

### 3. ALGUNOS ASPECTOS HISTORICOS DE LA ASISTENCIA EN MEXICO.

En el siglo pasado, concretamente en 1861, encontramos lo que podemos considerar como los principales antecedentes - asistenciales, legalmente reconocidos y estructuralmente implantados. Es en este año cuando se crea por Decreto -- Presidencial la denominada Dirección General de Fondos de Beneficencia, con la finalidad de que..." ... todos los hospitales, hospicios, casas de corrección y establecimientos de beneficencia que existen actualmente y funden después - en el D.F. queden bajo la protección y amparo del Gobierno de la Unión". ( 8 )

Un año después se crea la Dirección de Beneficencia por Decreto Presidencial de fecha 30 de agosto de 1862, que deroga al anterior, en el cual se manda que" ... los establecimientos de caridad quedan a cargo del ayuntamiento, el que administrará todos los fondos que estaban bajo las indicaciones de la Dirección General de Fondos de Beneficencia". ( 9 )

Cinco años más tarde, para ser exactos el 23 de enero de 1867, se expide una circular por la cual, la Dirección de Beneficencia Pública, es la que se encargará del manejo de los establecimientos de caridad, encomendados anteriormente al ayuntamiento.

Y pasa largo tiempo sin que esta estructura sufra alguna modificación, dándose las mismas funciones asistenciales - hasta que el 16 de julio de 1927 dá origen a un decreto, el que crea la Junta Directiva de la Beneficencia Pública del D.F., la que tuvo las atribuciones que antes tenía la Dirección General de Beneficencia Pública. Este organismo - funcionó hasta la expedición del Decreto del 31 de diciembre de 1937.

En estos términos generales, hasta esta fecha, el Estado - prestaba su atención a los enfermos y a los débiles sociales a través de las Juntas de Beneficencia Pública que funcionaban en el D.F., y en las entidades federativas y gracias también a la exigua cooperación de algunas fundaciones

de Beneficencia Privada, tanto las Juntas como las Fundaciones que estaban regidas por disposiciones legales, diferentes en cada entidad, y por ende, con orientaciones -diversas y contradictorias si acaso las había.

Por otra parte, los presupuestos de los Gobiernos Locales destinados a las Juntas de Beneficencia Pública, eran exageradamente exiguos e inconstantes, situación que, añadida a la falta de interés y preocupación que por entonces se observa respecto a la vida de los mismos organismos, -hizo que durante un prolongado período, las Juntas sobrevivieran de milagro, sostenidas a base de un estado de abandono y de pobreza tales, que la mayor parte de los servicios prestados, sólo resultaban verdaderamente útiles -por el denodado espíritu, esfuerzo y tenaz constancia de los médicos y del personal. Era tan pobre el prestigio -de las instituciones que en la conciencia pública se formó y se mantuvo el concepto, justo por cierto en esa época de que a los Hospitales del Estado el enfermo iba únicamente a morir.

No sólo era ineficaz la atención que impartían los Hospitales, sino muy reducido su número; insuficiente para --- atender las necesidades más graves o inmediatas de la población.

Cabe recordar, que todavía hace algunos años en varios estados de la República, existía una sola institución médico asistencial para dar servicio a todos los habitantes de la entidad.

En estas condiciones, la atención médica fue impartida en condiciones lamentables, ya que la falta de orientación -inteligente y adecuada del concepto de la asistencia pública impedía el conocimiento de los métodos y sistemas -que deben aplicarse a los débiles sociales, y este estacionamiento, incommovible por mucho tiempo, de las ideas de la rama de tan importante servicio público, fue causa de que se perpetuaran durante mucho tiempo los sistemas y -- primitivas prácticas de trabajo, implantados desde la época colonial y ejemplo de ello es que hace poco pudimos -- ver la supervivencia de hospicios de niños y casas de --- huérfanos.

#### 4. CONSIDERACIONES FINALES

" Hasta hace pocos años, el auxilio que el Estado impartió a los indigentes y débiles sociales del país, fue en tal -- forma insuficiente y raquítico, que fácilmente podría obser--  
varse un enorme contraste entre la ayuda proporcionada y -- las grandes necesidades que nuestra población siempre ha -- tenido en materia de servicios de carácter asistencial, es--  
pecialmente en el aspecto médico, ya que el pueblo mexicano es enfermo. "En efecto, el paludismo enéxico en nuestras -  
costas, la parasitosis intestinal, la alimentación insufi--  
ciente, las enfermedades de origen hídrico por falta de agua potable, la tuberculosis, consecuencia de los factores alu--  
didos, la lepra, que prevalece en algunas zonas de la Repú--  
blica y otras enfermedades, son todavía causas directas de la enorme mortalidad principalmente infantil, así como de -  
la acentuada morbilidad que hacen de los habitantes un pue--  
blo enfermo y débil, con derivación lógica de ambos males, desde el punto de vista económico." (10)

Como antes mencionamos, la atención impartida en las instituciones de beneficencia originaba un marcado contraste --- entre las necesidades del pueblo en esta materia no es sino hasta que llega la fase constructiva de la Revolución, cuan--  
do se despierta el interés y la preocupación del Estado y de la sociedad por la resolución de los problemas asisten--  
ciales, iniciándose una nueva etapa en las instituciones de asistencia, que comienza con la comprensión diáfana e inte--  
ligente de la magnitud del problema.

La nueva mentalidad del problema, parte de la consideración novedosa del concepto de la asistencia social como un servi--  
cio público, que por ende, se convierte en un deber ineludí--  
ble del Estado por su población que lo conforma, pero en -- última instancia, estamos de acuerdo con lo que connotados sanitaristas mexicanos han repetido desde hace ya varios --  
lustros, en el sentido de que esta obligación del Estado, no podrá cumplirse cabalmente, " ... si no va aparejado con o--  
tro concepto fundamental, o sea, el deber de la sociedad de cooperar con el Estado en la resolución de los problemas asis--  
tenciales". Los problemas de asistencia no podrán nunca sin fuertes recursos económicos, uno de los factores más importan--  
tes para el logro del objetivo asistencia. Ahora bien, tra--  
tándose de un servicio público por definición, es el Estado quién debe conservar perfectamente la atribución de orientar las actividades oficiales y privadas, de señalarles las téc--  
nicas a seguir y, fundamentalmente, de velar por la aplica--  
ción adecuada e inteligente de los recursos, con el conoci--  
miento que debe tenerse de las necesidades del pueblo en --- cada momento y en cada lugar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

CAPITULO I

ASPECTOS HISTORICOS DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

- ( 1 ) GARZA TIJERINA JULIAN Y PETRARCA MORANDO OCTAVIO  
Evolución de los Hospitales. Memoria de la Primera Reunión de Asistencia Social  
México, 1952  
Editorial
- ( 2 ) IBIDEM.
- ( 3 ) S.S.A. Memoria de la Primera Reunión Nacional de Asistencia Social  
México, 1952, Pág. 24
- ( 4 ) México a través de los Informes Presidenciales. - La Salubridad General, S.S.A. Secretaría de la Presidencia.- México, 1976, Pág. XIII-XVII-XVIII
- ( 5 ) IBIDEM. Pág. XVIII
- ( 6 ) IBIDEM. Pág. XIX
- ( 7 ) Memorias de los Trabajos Realizados por el Departamento de Salubridad Pública, 1925-1928, Tomo I, Pág. 14
- ( 8 ) Manual de Organización.- Secretaría de Salubridad y Asistencia.- México, 1974.
- ( 9 ) ALVAREZ AMEZQUITA, E. BUSTAMENTE, L. PICAZOS, F.F. DEL CASTILLO.  
Historia de la Salubridad y la Asistencia en México Tomo I S.S.A., México, 1960.
- ( 10 ) S.S.A.- Pág. 667.- Memoria Primer Congreso Nacional de Asistencia Ciudad de México, 1943.- Pág.163
- ( 11 ) ALVAREZ AMEZQUITA, E. BUSTAMENTE, L. PICAZOS, F.F. DEL CASTILLO.  
IBIDEM.

## CAPITULO II

### UBICACION DE LA SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA EN EL SISTEMA DE SALUD.-

#### 1. MARCO DE REFERENCIA

#### 2. EL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO

##### 2.1 Panorama Demográfico

##### 2.2 Conformación del Sistema de Salud

##### 2.3 Los Recursos para la Salud:

Recursos Físicos

Recursos Humanos

Recursos Financieros

Referencias Bibliográficas



## CAPITULO II

### UBICACION DE LA SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA EN EL SISTEMA DE SALUD.

#### 1. MARCO DE REFERENCIA.

Tomando como base lo expuesto en el Capítulo anterior, podemos afirmar que la actual Secretaría de Salubridad y Asistencia tiene como origen, una serie de parches o agregaciones de tipo administrativo y político, que dieron lugar a que, partiendo de la antigua Beneficencia Pública en la época de la Colonia, tengamos actualmente, una Secretaría de Estado.

La adhesión de diversas estructuras administrativas, dió como consecuencia, el amalgamiento indiscriminado de diversos funcionamientos en el fenómeno de Salubridad y Asistencia, lo cual ocasionó, que el llamado sector salud, desde un principio no utilizara adecuadamente sus recursos disponibles y por ende, el funcionamiento se viera insuficiente para satisfacer las crecientes demandas de salud de la población.

A partir de 1949 , dentro de un marco de funcionamiento pobre y sin perspectiva, el cumplimiento de las funciones encomendables para la Secretaría de Salubridad y Asistencia no podría resultar satisfactorio, de ahí que además de la existencia de un órgano rector a nivel nacional en materia de salud, se dió el fenómeno del surgimiento de nuevos órganos centralizados y descentralizados del gobierno que de alguna manera han coadyuvado al cumplimiento de las acciones de salud que el Gobierno de México debe aplicar a la población que constantemente las demandaba.

Así tenemos actualmente, que en la conformación del llamado hipotéticamente "Sistema de Salud", encontramos la intervención decisiva de tres importantes instituciones a saber, la S.S.A., el I.M.S.S. y el I.S.S.S.T.E., sobre todo estos dos últimos, los cuales tienen un papel importante, ya que cuentan con recursos propios en constante incremento, para atender una parte de la población del país perfectamente definida dejando el resto para atención de la S.S.A.

Las características de la S.S.A., originadas desde su nacimiento, ésta tiene que cubrir las necesidades de una población creciente, cada vez más necesitada de atención médica, que se asienta en un universo muy amplio territorialmente, y con los más diversos problemas sociales, culturales y económicos, cada vez más crecientes.

## 2. EL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO.

### 2.1 Panorama demográfico. ( 1 )

La población del país, estimada oficialmente al 30 de junio de 1947, fue de 56,246 938 habitantes, a lo largo y ancho de nuestras fronteras. El ritmo de crecimiento demográfico ha tenido cambios significativos que es bueno considerar. A partir de 1920 ha sido gradualmente ascendente con una tasa anual de crecimiento del 1.7% de 1921 a 1930, hasta alcanzar el 3.4% en la década de 1960 a 1970, fenómeno que coloca a nuestro país como los de más elevado crecimiento demográfico en el mundo.

Desde el punto de vista de salud pública, la situación anterior es un resultado directo de la acelerada y notable disminución de las tasas de defunciones frente al mantenimiento de tasas - altas de natalidad en cifras que oscilan alrededor de 45 nacimientos anuales por cada mil habitantes.

Otro fenómeno que incide en los problemas de salud es el referente a la población que residen en las áreas calificadas como urbanas, aquellas con poblaciones de 2,500 habitantes y más. Este tipo de asentamientos urbanos han aumentado gradual pero aceleradamente, así tenemos que la tasa de crecimiento medio - anual pasó del 2.2% de 1930 a 1940 al 5.4 de 1960 a 1970. En contraste, la población rural, que constituía el 71% de la población en 1910, se ha reducido paulatinamente hasta alcanzar el 41% en 1970, con un ritmo promedio de crecimiento anual de 1.5%.

Este ritmo de crecimiento urbano es consecuencia, entre otras cosas, de la migración interna constante de las áreas rurales hasta superar las cifras de 2,500 habitantes. Sin embargo, esta migración no ha sido uniforme, ya que favoreció a un cierto número de ciudades de más amplio desarrollo urbano e industrial como el Distrito Federal, Ciudad Nezahualcóyotl, San Bartolo Naucalpan, Tlalnepantla, San Cristóbal Ecatepec. Acapulco, Tijuana, Guadalajara, Puebla, Ciudad Juárez y Monterrey.

Por otro lado, la densidad promedio de población en el país ha cambiado al aumentar la población y mantener invariable su superficie, así en 1900 existían siete habitantes por kilómetro cuadrado y en 1972 había 26.6. El ritmo de crecimiento de la población antes señalado, ha tenido como consecuencia el rejuvenecimiento de la población, ya que actualmente el 46.5% de la población corresponde al grupo de menores de 15 años, esta proporción es la más alta alcanzada hasta el momento, en 1921 era el 39%.

lo anterior implica mayor población dependiente económicamente, aumento de las necesidades de educación y de otros servicios, pero al mismo tiempo mayor oferta de mano de obra.

Dentro de este marco, y dado el constante avance de la tecnología médica, es de esperarse que la mortalidad continúa descendiendo, aunque a ritmo menos acelerado y el cambio de crecimiento de la población sólo dependerá de los cambios en los grados de fecundidad.

Si se consideran algunos factores que inciden en la fecundidad, tales como: el papel de la mujer en la sociedad y en el trabajo, el aumento de la edad al matrimonio, la elevación de la escolaridad, la mayor cobertura de la población con servicios de seguridad social, etc., puede esperarse un descenso natural de la fecundidad en primer término en las zonas urbanas más desarrolladas, con lo cual, como es lógico, mayor demanda de todos los servicios públicos indispensables entre los que se encuentran los de salud, ocupando un lugar prominente.

## 2.2 Conformación del Sistema de Salud

De acuerdo con las disposiciones legales vigentes en nuestro país, corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia ser el eje rector del sistema de salud, ya que entre sus atribuciones figuran el cuidado de la salud de la población y la responsabilidad fundamental de orientar los programas de higiene, promoción de la salud y mejoramiento del ambiente, a toda la población del país y en todo el territorio nacional.

No obstante lo anterior, en México la atención médica se ofrece mediante las acciones de salud desarrolladas por tres sistemas básicos:

- El de la Secretaría de Salubridad y Asistencia
- El de las Instituciones de Seguridad Social, representadas básicamente por el I.M.S.S. y el I.S.S.S.T.E.
- El del Sector Privado, que sin ser propiamente un sistema integrado como los anteriores, está constituido por unidades en las que se ejerce la Medicina por individuos o grupos.

Dentro del Sector Público, además de la Secretaría de Salubridad y Asistencia configuran el sistema de salud, las más variadas instituciones tales como: ... El Consejo de Salubridad General,

que depende directamente del Titular Ejecutivo Federal en la fundamentación de la política, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, la Secretaría de Agricultura y Ganadería, el Departamento del Distrito Federal y la Secretaría de Marina entre otras.

Como instituciones descentralizadas, además del I.M.S.S. y del I.S.S.S.T.E., podemos mencionar como parte vital del sistema de salud a las siguientes: Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, Instituto Nacional de Protección a la Infancia, Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales de México y otras que atienden a diversos grupos de la población muy identificados.

A las instituciones anteriores se suma gran número de juntas, -consejos, comités y comisiones con responsabilidad en áreas específicas, la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, creada por disposición del Ejecutivo Federal en marzo de 1964, constituye el más importante organismo de coordinación presidido por el Secretario de Salubridad y Asistencia, forman parte de ella los titulares del I.M.S.S. y del I.S.S.S.T.E., tiene la finalidad de evitar duplicaciones innecesarias y aprovechar óptimamente los recursos

A nivel estatal y municipal los gobiernos atienden la salud a través de diversas organizaciones y participan de manera importante en estos niveles los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y en los servicios del I.M.S.S., del I.S.S.S.T.E. y de otros organismos oficiales y descentralizados. Estas instituciones han ampliado progresivamente sus instalaciones y coberturas, además de introducir las modificaciones pertinentes en su organización, para responder mejor a las demandas.

Los tres sistemas que forman el sistema de Salud: el oficial,-- el descentralizado y el privado, no obstante que en teoría buscan un fin común; la salud de población en la realidad, la prestación de los servicios médicos de cada uno de ellos, responden a postulados diferentes.

El de la S.S.A., ajustado al principio igualitario de que la salud es un derecho de todos los mexicanos y el gobiernos el responsable de proporcionar servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud, el de las instituciones de seguridad social basado en el derecho gremial de la prestación de diversos servicios, entre ellos los de salud, mediante distintas fórmulas de financiamiento; el del ejercicio privado de la Medicina, apoyado en leyes de libre oferta y demanda, bajo la vigilancia de la S.S.A.

Como resultado lógico de lo anterior, encontramos que la cobertura en cuanto a servicios de salud a la población de las diversas instituciones de los tres sectores: el oficial, el descentralizado y el privado, varía en relación a la consideración de los factores mencionados.

Hasta 1943, los servicios médicos y sanitarios del país estaban a cargo únicamente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de establecimientos privados. Con la creación de los servicios médicos que ofrecen las instituciones de seguridad social mexicana, se ha logrado una cobertura cada vez mayor de la población. En 1950, la proporción era de 4.79% de la población existente y se elevó sucesivamente a 11.70% en 1960, a 20.39% en 1965 y 26.7% en 1973.

En otras palabras, en 1973, de acuerdo con las cifras oficiales, el I.M.S.S. y el I.S.S.S.T.E., amparaban alrededor de 16 millones de habitantes. El resto de la población debería ser atendida por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, estimándose que 20 millones de habitantes, fundamentalmente del medio rural, carecían de servicios médicos en forma permanente.

La población no cubierta por instituciones de Seguridad Social cae bajo la responsabilidad de servicios gubernamentales y privados, en una proporción que varía del 45 al 50% del total, que desde luego, tiene necesidad de utilizar toda la gama de servicios de salud que de manera directa llega a conocer. (Ver cuadros 1 y 2 del Anexo II)

## 2.2. Los Recursos para la Salud

Los recursos para la salud destinados a la atención médica de la población en sus renglones humanos, físicos y financieros son muy variables, pero para los fines de nuestra Tesis, los analizaremos en cuanto a su número, integración y rendimiento, de acuerdo con datos dados a conocer al público oficialmente.

Los recursos para la salud destinados a la atención médica de la población, se han ampliado en los últimos años y comprenden fundamentalmente instituciones propiamente dichas, las unidades de servicio, el personal y el presupuesto.

### Recursos Físicos:

En 1970 las unidades médicas en la República Mexicana ascendieron a 5,353, de las cuales, 3,421 fueron establecimientos con camas y 1,932 sin camas; fueron atendidos en forma destacada por 10 ins

tituciones, más otras que operaron por un grupo de instituciones de menor capacidad operativa. (Ver Cuadro 3 del Anexo II)

Tomando en cuenta lo anterior y en relación a las instituciones del Sector Salud, del total de unidades corresponde a la S.S.A. el 49.46%, el 11.81% al I.M.S.S., el 0.79% al I.S.S.S.T.E., el 0.39% a Petróleos Mexicanos; el 0.67% a la Secretaría de la Defensa Nacional; el 0.82% a los Ferrocarriles Nacionales de México; el 1.17% al Instituto Nacional Indigenista; el 0.41% a la Secretaría de Marina; el 0.67% al Departamento del Distrito Federal; el 30.11 a particulares y, finalmente 3.71% a unidades médicas - que se catalogaron como pertenecientes a otros.

De los demás recursos físicos existentes en el país, en 1970 existían 11,784 Consultorios; 866 Laboratorios de Análisis Clínicos; 1,115 Gabinetes de Radiología; 2,134 Quirófanos; 1,957 Salas de Expulsión; 233 Bancos de Sangre; 1,741 Areas de Urgencias y, finalmente, 76,081 camas de hospitalización, de las cuales, 75.3% pertenecían a instituciones de Seguridad Social; el 23.7% a instituciones de asistencia; el 19.7% a particulares y el 21% a otros. (Ver Cuadros No. 4 del Anexo II)

#### Recursos Humanos:

Después de la Revolución el aumento en el número de médicos ha sido considerable; en 1910 había poco más de 2,500 médicos, o sea uno por cada 6,000 habitantes y ya en 1930 la relación era de uno por cada 3,500 habitantes; en 1950 uno de cada 2,000 y en 1961, uno por cada 1515. Sólo en 1963 a 1965 el incremento de la población superó la producción de médicos, al terminar dicho período la relación era uno por 1,705. (Ver Cuadro No. 5 del Anexo II).

De acuerdo con la información obtenida por la Secretaría de Industria y Comercio, en 1970, había 34,326 médicos, o sea uno por cada 1,400 habitantes; 5,101 dentistas uno por cada 9,484 habitantes, 15,789 enfermeras y 30,515 auxiliares de enfermería. (Ver Cuadro No. 6 del Anexo II)

Por lo que respecta a la relación numérica entre Médicos y Enfermeras, en el momento actual, existen alrededor de 45,000 Médicos y 20,500 Enfermeras de lo que resulta una Enfermera Profesional por cada 2 médicos, cuando la proporción conveniente es la contraria. Esta situación tiende a empeorar, puesto que los alumnos graduados anualmente en las 34 escuelas y facultades de Medicina, que cuentan con 50,000 alumnos aproximadamente son 4,000 cifra que antes de la década se verá triplicada, en tanto las -

Enfermeras que egresan cada año de 106 escuelas, son solamente 2,300.

El número de solicitudes para ingresar a las escuelas de medicina, crece rápidamente, en 1973, entraron alrededor de 15,000 alumnos y en el presente año, 17,000, de los cuales en 1979 se graduarán 12,500 médicos.

Sobre los Auxiliares y Técnicos que colaboran en diversas ramas de la Medicina los datos son muy escasos. Su formación, muy irregular, se realiza generalmente por medio de adiestramiento en servicio en los centros de trabajo. Son muy pocos los cursos que auspician las escuelas técnicas y otros centros docentes.

La distribución de los recursos humanos para la salud como es bien conocido, no es uniforme y basta para enfatizar tal hecho anotar que en 1970 había un médico por 475 habitantes en el DF y por 4,600 en Chiapas. Por lo que respecta a la distribución según instituciones en las que prestan sus servicios la situación es la siguiente: en los servicios médicos de las instituciones de seguridad social, labora el 51.4% de los médicos y en los establecimientos de asistencia pública el 21.5%. En la seguridad social, labora el 52.2% de las enfermeras generales, el 47.5% de las especializadas y el 46% de las auxiliares de enfermería. En la asistencia pública laboran 18.6% de las enfermeras generales, el 19.4% de las especializadas y el 26.1% de las auxiliares. (Ver Cuadro No. 6.1 del Anexo II).

Como un indicador del acceso de la población a la atención médica profesional, se presenta la proporción de las defunciones que fueron médicamente certificadas. Se aprecia que del total de las defunciones ocurridas en México en 1940, sólo el 51% -- fueron certificadas médicamente, en 1950 la cifra se elevó al 53% y en 1960 demuestra la posición privilegiada del medio urbano que en 1940 tenía el 84% de certificación y se ha ido elevando hasta el 93% en 1970; por el contrario en el medio rural el incremento ha sido lento y aún insuficiente, en 1940 sólo se certificaban el 28% y en 1972, ha alcanzado el 47%. (Ver Cuadro No. 8 del Anexo II).

#### Recursos Financieros:

En los Estados Unidos Mexicanos, durante el cuatrienio de 1971-1974, se destinó específicamente a las grandes instituciones del sistema nacional de salud, en promedio, el 17.6% del presupuesto total del sector público, que incluyó el gasto directo del gobierno federal y el gasto de los organismos descentrali-

zados y empresas propiedad del gobierno federal, para ser invertidos en salubridad, servicios asistenciales y hospitalarios y bienestar y seguridad social. (Ver Cuadro No. 7 del Anexo II)

Del análisis de los números absolutos, se observó que el presupuesto total del sector público ha aumentado durante el período señalado, ya que de 79,656 millones de pesos presupuestados en 1971, se elevó la cifra a 230,960 millones de pesos en 1974, y concomitantemente a este hecho, se observó el incremento del presupuesto asignado a las tres instituciones más grandes del sector salud, que ascendió a 17,660 millones de pesos en 1971, a 25,077 en 1972; a 29,612 en 1973, y a 36,895 en 1975. Estas cantidades ha tenido una tendencia porcentual decreciente, ya que en 1972, al 18.7% en 1973, al 16.9% y en 1974, al 16%. En 1940, el sector salud representó el 8.13 % del presupuesto total. (36,5 millones de pesos)

En resumen durante el cuatrenio se han invertido específicamente en las instituciones mayores del sistema nacional de salud, 107,244 millones de pesos, que corresponden al 17.6% del total del presupuesto cuatrienal. (Ver Cuadros Nos. 9, 10, 11 y 12 del Anexo II)

De esta información se concluye que mientras en 1971 se invirtieron en servicio de salud \$353.00 por cada mexicano, en 1974 esa cantidad se había elevado hasta \$670,00 por habitante, no tomándose en consideración el decremento del poder adquisitivo de la moneda.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia, dispone en 1974 de un presupuesto de 3,700 millones de pesos.

Esta cifra representa una inversión de \$63.00 por habitante y por año. En 1940, la inversión era de \$0.84; en 1950 de \$5.03 en 1960 \$15.30 y en 1970 de \$9.86.

En la actualidad la inversión total del sector público y seguridad social es de \$637.00 por habitante y por año. En 1940, la inversión fue de \$1.84; en 1950, de \$9.04; en 1960 de \$34.14 y en 1970, de \$330.34

Asimismo, conviene señalar que corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia dar atención a más del 50% de la población nacional, únicamente tiene asegurado al 1.6% del presupuesto de egresos de la Federación. (Ver Cuadros Nos. 12 y 12.1 del Anexo II)



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

CAPITULO II

Ubicación de la Subsecretaría de Asistencia en el Sistema de Salud.

- ( 1 )      Información obtenida de:
- Campillo Sainz Carlos, et. al.
- La situación de la Salud en el País.
- México, S.S.A., 1975 p.p.
- La presentación de la misma en trabajo personal.

### CAPITULO III

#### ORGANIZACION ACTUAL DE LA SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA ( 1975 ).

##### 1. ASPECTOS ESTRUCTURALES.

- 1.1 Agrupación con Criterios de Servicios a Grupos. Causas. Efectos.
- 1.2 Agrupación por Areas Especializadas. Causas. Efectos.
- 1.3 Agrupación Funcional. Causas. Efectos.
- 1.4 Agrupación por Servicios. Causas. Efectos.

##### 2. CARACTERISTICAS SOBRESALIENTES DE ORGANIZACION.

##### 3. FACTORES QUE CONDICIONAN LA ORGANIZACION ACTUAL.

- 3.1 Herencia Política-Administrativa.
- 3.2 Intereses Tradicionales Arraigados.
- 3.3 Tendencia a Perpetuar el Status-quo.
- 3.4 Desconocimiento de Elementos Técnicos para organizar.
- 3.5 Reparto de "Botín" Político

##### 4. DESGLOSE ORGANIZATIVO ACTUAL DE LA SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA

Objetivos. Políticas. Funciones. Base Legal. Estructura Orgánica. Organigrama.

###### 4.1 Dependencias que dan Servicio a Grupos:

- Dirección General de Asistencia Médica
- Dirección General de Asistencia Social.
- Dirección General de Salud Mental
- Dirección General de Rehabilitación.

4.2 Dependencias de Areas Especializadas:

Dirección de Enfermería.

Dirección de Odontología.

Dirección de Trabajo Social.

4.3 Dependencias Funcionales. ( Servicios de Apoyo )

Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil.

Campaña Nacional Contra el Cáncer.

Asesoría Técnica.

4.4 Dependencias de Servicios Específicos:

Unidad de Cuadros Básicos para la Atención Médica.

Laboratorio Central de Reactivos.

5. IMPORTANCIA ADMINISTRATIVA DE LA SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA

Referencias Bibliográficas.

1.1 Agrupación con Criterios de Servicio  
a Grupos. Causas. Efectos.

En relación a la agrupación de unidades por áreas, tomando como base los servicios de asistencia que se otorgan por las unidades, encontramos que es el más tradicional, si así se le puede llamar, o más bien, el más permanente de esta Subsecretaría, ya que se trató de tomar en cuenta las áreas en donde inciden la mayoría de las acciones desarrolladas por la Subsecretaría de Asistencia.

Coincidentemente, bajo este criterio, se agrupan unidades con la jerarquía de Direcciones Generales, lo cual indica, la importancia política y administrativa que se les concede dentro de la Subsecretaría. Concretamente, las Direcciones Generales, tienen, entre otras características visibles:

- Mayores asignaciones presupuestales.
- Mejores subsidios.
- Mayor importancia política para sus integrantes directivos.
- Mayor cantidad de recursos humanos.
- Cuentan con unidades aplicativas, esto es, son unidades normativo-aplicativas, lo cual, les permite cumplir un proceso completo administrativo integral, que va desde la planeación hasta la fase de control.
- Cuenta con mejores sueldos, lo cual se traduce en la adquisición de elementos humanos más capacitados.
- Potencialmente, están en condiciones adecuadas para absorber bajo su jurisdicción a unidades menores.

1.2 Agrupación por Areas Especializadas.  
Causas. Efectos.

Bajo el criterio de áreas especializadas de la medicina, se agrupan otras unidades con características bien definidas dentro de su contexto.

En esencia, estas unidades tienen una jerarquía menor que las mencionadas anteriormente, ya que su denominación de Direcciones, implica una importancia política y administrativa menor, en relación con las Direcciones Generales. Se distinguen por el hecho de haber sido creadas como consecuencia de presiones de algunas profesiones de la salud, que habían ocupado un lugar secundario, en relación a los médicos generales. Se decide, en algún momento histórico coincidente con la aparición de ciertas figuras en el área, darles alguna importancia a ciertas profesiones que son necesarias para resolver el problema de salud del país.

## CAPITULO III

### ORGANIZACION ACTUAL DE LA SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA. ( 1975 ).

#### 1. ASPECTOS ESTRUCTURALES:

Podemos afirmar como principio de este tema que la agrupación -- funcional de la Subsecretaría de Asistencia, por ahora, no responde a un criterio uniforme ni racionalmente pensado, la conjugación de múltiples factores condiciona la presencia de varios elementos aparentemente opuestos en la estructura orgánica actual -- de la Subsecretaría a saber:

Respondiendo al criterio de las áreas en las que se puede otorgar asistencia, ya sea al individuo y a la comunidad, tenemos las --- siguientes unidades:

- Dirección General de Asistencia Médica.
- Dirección General de Asistencia Social.
- Dirección General de Salud Mental.
- Dirección General de Rehabilitación.

Respondiendo al criterio de áreas especializadas de trabajo de la Medicina, tenemos las siguientes unidades:

- Dirección de Enfermería.
- Dirección de Odontología.
- Dirección de Trabajo Social.

Respondiendo al criterio de especialización funcional, tenemos -- las siguientes unidades:

- Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil.
- Campaña Nacional Contra el Cáncer.
- Asesoría Técnica.

Finalmente, tomando como criterio, el servicio que prestan, como apoyo a las demás unidades de la Subsecretaría, tenemos:

- Unidad de Cuadro Básico para la Atención Médica
- Laboratorio Central de Reactivos.

Ahondemos un poco en los criterios anteriores y tratemos de establecer las causas que conforman el marco anterior. Es obvio, que hasta este momento, hemos señalado los efectos, pero si queremos de alguna manera contribuir, como agentes de cambio o científicos de la ciencia política y la administración pública, no es estrictamente necesario conformar un cuadro de causas.

Estas Direcciones, tienen un papel eminentemente normativo, pero en su afán de dar mejores acciones, en ocasiones, aumentan atribuciones que no tienen asignadas y penetran en las áreas aplicativas con roles de ejecutivos lo cual condiciona conflictos con los entes directivos de las unidades aplicativas.

La estructura de estas Direcciones, es incipiente, dado que cumplen parcialmente un proceso administrativo. Si bien es conocido que planean, más no organizan, ya que solo dan sugerencias. No dirigen plenamente a sus subordinados, ya que quedan asignados éstos, a las áreas aplicativas. El control que ejercen sólo tiene carácter técnico, aunque, como ya lo mencionamos, en ocasiones asumen papeles de ejecutivos que entorpecen la marcha de las unidades mayores, a saber, de las unidades mayores, a saber, de las Direcciones Generales.

### 1.3 Agrupación Funcional. Causas. Efectos.

Analizando un poco la agrupación de unidades, realizada bajo el criterio funcional especializado, encontramos aquí, unas características.

En principio, las unidades reciben diversas denominaciones y diversas jerarquías en sus medios: Una asesoría Técnica, colocada al más alto nivel, ya que asesora directamente al Subsecretario de Asistencia, una Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil, la cual recibe su jerarquía como consecuencia de la importancia que se ha otorgado actualmente a los problemas demográficos y crecimiento de la población, finalmente, una Campaña Nacional Contra el Cáncer, que debería o podría estar colocada en otra jurisdicción diferente, ( Campañas Sanitarias) pero por razones políticas, y dada la importancia que se pretendía darle, se le colocó en este nivel de Dirección, pero, por su importancia, categoría de Dirección General.

En realidad, esta agrupación, es un tanto artificial y aparece como agregado o apéndice de otras Direcciones Generales, que bien podrían agruparse bajo un solo mando. Sin embargo, se independizan de las otras unidades a fin de darles cierto manejo autónomo de las áreas que tienen asignadas. Así tenemos que la Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil tiene un presupuesto superior al de otras de su categoría y además subsidios que rebasan en varias veces al presupuesto federal. Desarrolla programas a nivel nacional, pero no cuenta con unidades aplicativas.

La Campaña Nacional Contra el Cáncer se ha empezado a estructurar como Dirección, pero aún no tiene la importancia que se le deseó dar y es muy posible que haya crecido solo en su propia dimensión. Esta Campaña no cuenta con unidades aplicativas en donde desarrollar los programas que elabora, aunque si tiene bajo su jurisdicción un albergue, en donde de alguna manera se aplican integralmente programas de ésta. Carece de fuerza para controlar sus programas, y por ende, evaluarlos.

La Asesoría Técnica, es un caso aparte, es de reciente creación y nace como consecuencia de la necesidad de tener un cuerpo de expertos en varias áreas de la salud que fueran capaces de tratar los problemas en forma interdisciplinaria, ya

que se crea con el criterio de que el sector salud y su problemática, son algo que no puede aislarse de la realidad nacional. En este cuerpo tienen cabida diversos profesionales como: Administradores Públicos, Administradores de Empresas, Contadores, Economistas, Estadígrafos y desde luego los elementos tradicionales del sector: Médicos, Investigadores, Trabajadoras Sociales, Enfermeras, Abogados, etc.

#### 1.4 Agrupación por Servicio. Causas. Efectos.

Al revisar las unidades agrupadas bajo el criterio del servicio que prestan, tenemos que los elementos que las caracterizan las hacen diametralmente opuestas al resto de las unidades antes mencionadas.

Tenemos en este rubro, dos entidades : Unidad de Cuadro Básico para la Atención Médica y el Laboratorio Central de Reactivos.

En general tienen una categoría diferente a las Direcciones Generales y Direcciones, ya que su jurisdicción comprende a unidades aplicativas pero de toda la Secretaría de Salubridad y Asistencia, no solo de la Subsecretaría, y en el caso del Laboratorio, sus servicios que ofrece, abarcan a unidades que se encuentran también fuera de la S.S.A.

Son unidades eminentemente normativas, pero que tienen facultades de control hacia los servicios que ofrecen. Por ejemplo, es muy importante la adquisición de medicamentos y equipos en la S.S.A. en donde quiera que sea, y desde el punto de vista técnico y de control de calidad esta unidad tiene importancia trascendente, ya que no se deben adquirir productos que no reúnan las normas mínimas de control de calidad. Para cumplir con sus labores, la unidad no cuenta con unidades aplicativas, pero si con el auxilio de otras instituciones como el I.P.N., que faculta sus laboratorios para que la unidad efectúe sus trabajos.

Dado que estas unidades podrían estar en cualquier parte de la S.S.A., su importancia que debería ser altamente significativa, se ve minimizada por la falta de presupuestos propios y de personal adecuado y calificado para desarrollar las funciones asignadas, algunas veces, aunque los tengan, no se encuentran en cantidad suficiente, lo cual reduce en una baja de calidad de los servicios que prestan.

## 2. CARACTERISTICAS SOBRESALIENTES DE ORGANIZACION.

El cuadro anterior, en el que se presencian diversos criterios para agrupar funcionalmente a las unidades que integran a la Subsecretaría de Asistencia puede ser distinguido con algunos factores que son consecuencia de esta distribución, a saber:

- La duplicidad de funciones, que se traduce en multiplicación de esfuerzos sobre determinadas áreas, ya que es fácil encontrar que las acciones de una Dirección General coinciden con otra fácilmente.
- La duplicidad de autoridad sobre determinadas áreas en donde va--

rias unidades se sienten con facultades para controlar las acciones que consideran que realizan "sus" subordinados.

- La no coordinación de acciones que se realizan sobre un solo objetivo de trabajo, lo cual es, en ocasiones, un gasto inadecuado de recursos.
- La presencia de múltiples organismos rectores a nivel normativo, que tienen acción sobre los mismos subordinados, por ejemplo; las normas de Enfermería que deben cumplir en un Hospital provienen de la Dirección de Enfermería, la Dirección General de Asistencia Médica y si fuera área especializada de la Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil.
- La carencia o no delimitación precisa de las áreas de control o de acción de cada unidad, pese a la presencia de documentos legales, tales como Reglamento Interior de la S.S.A. Como se usan varios criterios, no es posible establecer fronteras permanentes.
- La ineffectividad en el cumplimiento de órdenes, ya que los órganos directivos por no tener limitada precisamente sus áreas de autoridad, frecuentemente invaden otras áreas, lo cual ocasiona que los subordinados escudándose en el pretexto de que tienen dos o más jefes, no cumplan con las órdenes adecuadamente.

### 3. FACTORES QUE CONDICIONAN LA ORGANIZACION ACTUAL.

En general, el cuadro presentado y sus características finales, no son producto del momento actual exclusivamente, tienen algunas veces hondas raíces, --- éstas aparentemente contradictorias, pero que pueden ser explicadas en función de una visión retrospectiva conjugada con las características actuales. Así podemos afirmar, que todo este marco organizacional, de alguna manera es consecuencia de la influencia directa o indirecta de la conjugación de los siguientes factores.

- 3.1 Las autoridades actuales heredaron una estructura obsoleta e inoperante que conjugada con diversos factores políticos y administrativos, perpetúan el estado actual de cosas.
- 3.2 Los esfuerzos de Reforma Administrativa que buscaban realizar cambios en las estructuras, se han visto frenados a la presencia de intereses tradicionales fuertemente arraigados.
- 3.3 Que no existe interés profundo por modificar aquello que ha dado resultado en el problema que representa esta parte del sector salud.
- 3.4 El desconocimiento de técnicas apropiadas para estructurar funciones por parte de los organizadores iniciales.



3.5 Que responde al reparto de áreas de influencia que se otorgan dentro del sistema a personajes que han hecho méritos.

Analicemos someramente cada uno de ellos dentro del marco estructural de la - Subsecretaría de Asistencia.

### 3.1 Herencia Política-Administrativa.

Las unidades que conforman la actual estructura, con excepción de la Asesoría Técnica y la Campaña Nacional contra el Cáncer, fueron creadas en periodos anteriores de Gobierno: en el periodo 1965-1970, se crearon el Laboratorio Central de Reactivos y la Unidad de Cuadro Básico para la Atención Médica, lo cual recibió una reestructuración en el periodo actual, ya que antes funcionaba como " Comisión". El resto de las unidades tienen fecha de fundación anteriores, no obstante que hayan recibido cambios de nombre o diversas ubicaciones jerárquicas. Por ejemplo, la Dirección General de Rehabilitación, era simplemente Dirección de Rehabilitación y Psiquiatría; la de Salud Mental, era de Neurología y Salud Mental; Materno Infantil simplemente cambió su rango de Dirección a Dirección General, pero conservó su nombre.

Lo anterior indica que la actual estructura fue heredada por las autoridades, por lo cual se presentaba difícil realizar adecuados ajustes, ya que, muchas veces, se nombraba a los directivos antes de haber sido iniciados en las labores.

### 3.2 Intereses Tradicionales Arraigados.

Paralelamente al aspecto analizado anteriormente, podemos presentar éste, ya que como consecuencia de que ya había estructura creada ( buena o mala ), los elementos humanos que las forman, poco a poco van conformando grupos de presión de profesionales que de alguna manera condicionan las decisiones de alto nivel.

Tenemos el caso de que no es posible, por ejemplo, eliminar de la categoría de Dirección a las profesiones tales como Enfermería, Odontología, Trabajo Social puesto que eso acarrearía problemas no solo internos de funcionamiento sino también externos, en cuanto que habrían que hacer frente innecesariamente a grupos de presión de Colegios y Academias entre otros, que prestan un servicio muy importante al médico en todas sus manifestaciones en las cuales se dedica a dar salud.

De todo lo anterior, se infiere que las reformas administrativas, no podían incidir sobre los intereses de profesión de estos grupos, sin antes conocer a fondo la problemática que representaban , a fin de proponer soluciones que tendieran a resolverla. Lo anterior es aparte de considerar que los grupos mencionados, de entrada, se oponen sistemáticamente a cualquier cosa que parezca cambio y pretenda modificar el estatuto. De hecho, las reformas administrativas se sentaron sobre aspectos de funcionalidad y distribución de cargas de trabajo más equitativas, antes de pretender la movilización de estructuras orgánicas.

### 3.3 Tendencias a Perpetuar el Statu-quo.

En el fondo, y por regla general una vez conocidas las formas de desarrollar sus responsabilidades por parte de las unidades que conforman la Subsecretaría de Asistencia, las autoridades adoptan el camino cómodo de dejarlos trabajar, " las mismas rutinas y -- las mismas personas", hasta en tanto no estén compenetrados de -- estos sistemas, se descubran los puntos vulnerables de estos sistemas, que es el momento en que se decide atacarel problema de lo grar una mayor eficiencia o simplemente alcanzarla mejor utiliza-- ción de los recursos disponibles.

Dado lo anterior, que puede durar deun mes a muchos años, las autoridades deciden dejar las cosas, un año para conocer, un año pa ra armar programas y el resto para aplicarlos, hasta el quinto año. Si se toma en cuenta que los procesos han marchado, solo se requiere agilizarlos, o por lo menos detectarlos, parapoder después me-- jorarlos, pero no se puede ser más ambicioso ya que los intereses en juego son muchos y saltan a cada paso de modificación, desde -- los niveles más modestos, jerárquicamente hablando, desde los más importantes.

Este es uno de los puntos más importantes a lograr en reformas -- administrativas y que ha sido atacado por las autoridades actuales de la Subsecretaría, a saber, el cambio de mentalidades, más que de estructuras. Tiene un inconveniente político, este cambio de mentalidades no se ve, no es tangible, solo se traduce en mejores servicios, falsamente valorados, por el manejo que se realiza de las estadísticas disponibles, lo cual lo limita enormemente . En cambio, los movimientos estructurales, aunque inadecuados, si se ven, se plasman en documentos y si visten políticamente. La disyuntiva se encuentra pues, en lograr cambios de mentalidades en los servidores del sector salud, más quecambios espectaculares que no conduzcan a mejores servicios. De todo esto se deduce, -- que por lo que se refiere al periodo que analizamos de la Subsecretaría de Asistencia, existe la aparente visión de no realizar cambios, ya que todo ha funcionado hasta ahora.

### 3.4 Desconocimiento de ElementosTécnicos para Organi-- zar.

Factor bien identificado y que se plasma en la carencia de adminis-- tradores de hospitales, por ejemplo. Estos especialistas, en prin-- cipio médicos, deben conocer las técnicas administrativas para es-- tructurar grandes y pequeños sectores, con lo cual estarían en --- condiciones de darle mayor racionalidad a las estructuras.

Resulta que estos especialistas son demasiado pocos en relación a las necesidades que se tienen para administrar, no solo los altos niveles, sino los niveles medios y aplicativosde la S.S.A. , a los pocos que se encuentran formados, por la Escuela de Salud Pública,

que los forma a nivel de maestría, se encuentran en su mayoría relegados en pequeños centros, desaprovechando sus servicios, y los demás son de reciente creación, lo cual da como consecuencia que los organizadores encargados de crear la estructura del sector salud, hayan sido elementos sin una adecuada preparación técnica en la mayoría de las ocasiones, salvo excepciones afortunadas pero una go-londrina no hace verano, y realmente sus esfuerzos técnicos se han perdido la mayoría de las ocasiones.

Es justo reconocer que los médicos improvisados como organizadores realizaron una verdadera tarea de gigantes cuando se les enfrentó al problema de organizar en algún momento y alguna parte, la S.-S.A. y que aún auxiliados por otros especialistas, no contarón con verdaderos organizadores. Por fortuna, ahora existen los Administradores Científicos de la Política y Administradores Públicos, que podrán cooperar en darle mayor racionalidad a las estructuras en un futuro que se vislumbra próximo.

### 3.5 Reparto de "Botín" Político.

Conjugado con los factores anteriores, encontramos este muy propio del sistema político administrativo de nuestro país, ya que se toma en cuenta a la relación que puede existir entre los elementos que habiendo realizado las más de las veces carrera política, reciben premios administrativos.

Cuando es grande la tarea realizada y el premio parece corto, la estructura administrativa heredada es agrandada anárquicamente para compensar lo realizado, esto ha dado como consecuencia que encontramos órganos que no corresponden a criterios uniformes incertados en estructuras aparentemente coherentes en las demás partes.

Para este criterio, también se toma en cuenta la fuerza que políticamente puede tener un determinado elemento, cuando se da el caso de que se crean órganos nuevos y que no tienen limitación precisa en cuanto a su dependencia, surge aquí este factor analizado, ya que el ganar para su dependencia el nuevo órgano, implica mayor prestigio político y administrativo, mayor área de control y desde luego más recursos humanos, materiales y financieros que manejar.

## 4. DESGLOSE ORGANIZATIVO ACTUAL DE LA SUBSECRETARÍA DE ASISTENCIA.

Luego de haber revisado las características de las diversas dependencias de la Subsecretaría de Asistencia, pasaremos a describir en forma resumida cada una de las unidades que conforman por ahora nuestro objeto de estudio, consideramos que así se podrán apreciar mejor los elementos que hemos indicado como distintivos para esta Subsecretaría.

Luego de indicar los objetivos, funciones, políticas y base legal de la Subsecretaría de Asistencia, presentaremos las descripciones de cada dependencia, agrupadas de acuerdo a los criterios indicándose el numerando 1 de este Capítulo, o sea tendremos cuatro grupos, a saber:

- 4.1 Dependencias que dan servicio a grupos.
- 4.2 Dependencias de áreas especializadas.
- 4.3 Dependencias funcionales. ( servicios de apoyo )
- 4.4 Dependencias de servicios específicos.

SUBSECRETARIA DE  
ASISTENCIA .

Objetivos.

Políticas.

Funciones.

Base Legal.

Estructura Orgánica

ORGANIZACION ACTUAL DE LA SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA. (1976) (1)

OBJETIVOS:

Mediato:

Promover la salud, prevenir enfermedades, curar enfermos, rehabilitar incapacitados y asistir a desvalidos por medio de sus dependencias normativas y aplicativas.

Inmediatos:

- Conocer las condiciones y recursos de la asistencia médica y social en el país.

Planear acciones de salud pública, concediendo especial énfasis a la asistencia médica y a la asistencia social.

- Formular lineamientos relativos a la asistencia médica y social en el país.

- Proporcionar servicios de atención médica hospitalaria y de consulta externa, así como de promoción del bienestar y asistencia social a la población.

POLITICAS:

- Continuar con los programas actualmente en ejecución.

- Establecer una adecuada y sistemática programación que rijas las actividades de la Subsecretaría y sus dependencias.

Mejorar sustancialmente la información de las condiciones de salud de la población y de los servicios que se presten.

- Promover y favorecer una vigorosa coordinación de los servicios preventivos y asistenciales de la S.S.A.

- Impulsar las actividades en el campo de la Odontología.
- Mejorar los servicios de Enfermería y Trabajo Social de la S.S.A.
- Impulsar en las unidades hospitalarias los servicios - de Medicina Preventiva y Rehabilitación.
- Vigorizar los programas existentes, especialmente el de la lucha contra el cáncer y el de salud mental.
- Modernizar la administración de sus servicios aplicativos.
- Crear nuevos servicios al público, con base en el análisis de sus recursos disponibles, dando preferencia al medio rural y zonas urbanas marginadas.
- Favorecer la docencia y la investigación médicas.
- Participar activamente en los nuevos programas preventivos de la S.S.A.
- Favorecer el aumento de los servicios asistenciales - privados.
- Actualizar la legislación sanitaria, especialmente en el campo de la asistencia médica, la rehabilitación y la asistencia social.
- Ampliar la proyección de la asistencia social.
- Participar en la distribución por regiones de las unidades de los servicios médicos de la Secretaría.

FUNCIONES:

- Mantener el registro y análisis de la información relativa a las condiciones de atención médica y asistencia social en el país, y de las actividades realizadas en estos campos.
- Promover, patrocinar y realizar actividades de promoción de la salud, de prevención de enfermedades, de asistencia médica y de rehabilitación.
- Promover, patrocinar y proporcionar servicios de asistencia social a desvalidos.
- Coordinar la aplicación de los recursos gubernamentales y privados para la salud, en la realización de las actividades enunciadas en los puntos anteriores.
- Favorecer la investigación y la educación médicas.
- Dictar normas generales con relación a: asistencia médica, salud mental, asistencia social, atención médica materno-infantil, rehabilitación, odontología, enfermería, trabajo social, medicamentos y reactivos para laboratorios clínicos.
- Estudiar y promover la actualización de la legislación mexicana relativa a la asistencia médica y social.

BASE LEGAL. ( Atribuciones ).

Ley de Secretarías y Departamentos de Estado. ( 2 )

Artículo 14:

A la Secretaría de Salubridad y Asistencia, corresponden de el despacho de los siguientes asuntos:

Fracción I:

Crear y administrar establecimientos de salubridad y asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional.



Disposiciones Constitucionales:

Constitución Política de los Estados Unidos  
Mexicanos. ( 3 )

Artículo 27, Fracción III:

"Las instituciones de beneficencia pública o privada que tengan por objeto el auxilio de los necesitados, la investigación científica, la difusión de la enseñanza, la ayuda recíproca de los asociados o cualquier otro objeto lícito, no podrán adquirir más bienes raíces que los indispensables para su objeto, inmediata o directamente destinados a él; pero podrán adquirir, tener o administrar capitales impuestos sobre bienes raíces, siempre que los plazos de imposición no excedan de diez años. En ningún caso las instituciones de esta índole podrán estar bajo el patronato, dirección, administración, cargo o vigilancia de corporaciones o instituciones religiosas, ni de ministerios de los cultos o de sus asimilados, aunque éstos e aquellos no estuvieren en ejercicio".

Leyes: ( 4 )

Ley que crea el Instituto Nacional de Cardiología en México.  
(Diario Oficial, 23 de Junio de 1943.)

Ley que crea el Hospital de Enfermedades de la Nutrición.  
(Diario Oficial, 30 de Diciembre de 1944).

Ley que crea el Instituto de Cancerología, Oftalmología, Gastroenterología y Urología.  
(Diario Oficial, 30 de Diciembre de 1950).

Reglamentos:

Reglamento Interior del Hospital Federal para Toxicómanos.  
(Diario Oficial, 15 de Mayor de 1945).

Reglamento para Hospitales Generales dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. (Diario Oficial, 14 de Diciembre de 1954).

Decretos:

Decreto que crea la Casa-Hogar Soledad Gutiérrez de Figaredo. (Diario Oficial, 21 de Febrero de 1949).

Decreto que crea el Instituto de Investigaciones Médicas (Diario Oficial, 11 de Abril de 1950).

Decreto que crea el Instituto Nacional de Endocrinología (Diario Oficial, 2 de Abril de 1951).

Decreto que crea el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (Diario Oficial, 27 de Febrero de 1952).

Decreto que crea el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Ciegos (Diario Oficial, 10. de Marzo de 1952).

Decreto que crea el Patronato del Asilo Nicolás Bravo. (Diario Oficial, 25 de Agosto de 1952).

Decreto que crea el Consejo Técnico Administrativo del Hospital General (Diario Oficial, 28 de Octubre de 1952).

Decreto que crea el Instituto Nacional de Neumología Dr. Manuel Gea González (Diario Oficial, 3 de Diciembre de 1952).

Decreto que crea el Hospital Regional Veracruz (Diario Oficial, 23 de Diciembre de 1953).

A PARTIR  
DE ESTA  
PAGINA

FACIA  
DE  
ORIGEN.

Decreto que dispone que corresponda a la Secretaría de Salubridad y Asistencia fijar y orientar en todos sus aspectos los programas de construcción, planeación y organización de las unidades hospitalarias. (Diario Oficial, 9 de Marzo de 1954).

Decreto que crea el Consejo Nacional para la Investigación Médica, como dependencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. (Diario Oficial, 15 de Agosto de 1964).

Fracción II:

Organizar la asistencia pública en el Distrito y Territorios Federales.

Sin disposiciones específicas relacionadas.

(NOTA: Las disposiciones relativas a los establecimientos que operan únicamente en la circunscripción territorial a que alude esta fracción, por razón de selección y en obvio de repeticiones, se citan en esta relación, en especial las Fracciones I y IV).

Fracción III:

Aplicar a la beneficencia pública los fondos que le proporcione la Lotería Nacional.

Leyes:

Código Civil para el Distrito y Territorios Federales. (Sucesiones a favor de la beneficencia pública). (Diario Oficial, 30 de Agosto de 1928).

Código de Procedimientos Civiles para el Distrito y Territorios Federales.  
(Diario Oficial, 10. de Septiembre de 1932).

Ley que crea la Lotería Nacional para la Asistencia Pública.  
(Diario oficial, 16 de Marzo de 1943).

Acuerdos:

Acuerdo por el cual se reconoce a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la facultad para administrar los bienes que constituyen el patrimonio de la beneficencia pública.  
(Diario Oficial, 7 de mayo de 1947).

Fracción IV:

Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de la leyes relativas, e integrar en sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores.

Devretos:

Fundación permanente de Asistencia Privada "Dr. José María Alvarez".- Decreto por el que modifica el Artículo 3o. del que crea el Patronato para la Formación del Patrimonio de ésta.  
( Diario Oficial, 3 de Diciembre de 1971).  
Artículo 14, Fracción IV.

Leyes:

Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito y Territorios Federales  
(Diario Oficial, 2 de Enero de 1943).

Fracción V:

Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los Servicios de Asistencia Pública.

Leyes:

Ley de Ingresos de la Federación. ( Anual ).

Ley de Egresos de la Federación. ( Anual ).

Ley General de los Bienes Nacionales.

(Diario Oficial, 30 de Enero de 1969).

Fracción VI:

Impartir asistencia médica y social a la maternidad y a la infancia y vigilar la que se imparta por instituciones públicas o privadas.

Leyes:

Ley que crea el Hospital Infantil de la Ciudad de México.  
(Diario Oficial, 23 de Junio de 1943).

Ley que crea el Centro Materno-Infantil General Maximino A-  
vila Camacho.  
(Diario Oficial, 24 de Mayo de 1945).

Reglamentos:

Reglamento para Hospitales, Maternidad y Centros Materno-Infantiles en el Distrito, Territorio y Zonas Federales.  
(Diario Oficial, 17 de Noviembre de 1951)

Decretos:

Decreto que crea el Patronato del Hospital Ortopedia para Niños, Dr. Germán Díaz Lombardo.  
(Diario Oficial, 24 de Octubre de 1946).

Decreto que crea el Patronato Maternidad Soledad Orozco de Avila Camacho.  
(Diario Oficial, 15 de Octubre de 1947).

Decreto que crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia.  
(Diario Oficial, 10. de Febrero de 1961).

Decreto que crea el Patronato Francisco Méndez.  
(Diario Oficial, 23 de Febrero de 1952).

Decreto que crea la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez.  
(Diario Oficial, 19 de Agosto de 1968).

Fracción VII:

La prevención social a niños hasta de seis años, ejerciendo sobre ellos la tutela que corresponde al Estado.

Leyes:

Código Civil para el Distrito y Territorios Federales  
(Diario Oficial, 30 de Agosto de 1928).

Código de Procedimientos Civiles para el Distrito y Territorios Federales.  
(Diario Oficial, 10. de Septiembre de 1932).

Fracción XIV:

El control sobre preparación, posesión, uso, suministro importación, exportación y distribución de drogas y pro

ductos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no están comprendidos en la Convención de Ginebra.

Leyes:

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.  
(Diario Oficial, 10. de Marzo de 1955).

Reglamentos:

Reglamento de Medicinas y productos que se les equiparan.  
(Diario Oficial, 10. de Marzo de 1960).

Decretos:

Decreto que reglamenta el sostenimiento de servicios en empresas particulares, conforme al Artículo 193 del Código Sanitario.  
(Diario Oficial, 12 de Abril de 1941).

Decreto de Reformas y Adiciones. Reforma al Artículo 193 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.  
(Diario Oficial, 20 de Marzo de 1971).

Fracción XV:

Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales y contra la mendicidad.

Reglamentos:

Reglamento Federal de Toxicomanías.  
(Diario Oficial, 27 de Octubre de 1931).



Reglamento para la Campaña Contra las Enfermedades Venéreas.  
(Diario Oficial, 8 de Febrero de 1940).

Reforma:

Capítulo VII. Diario Oficial 29 de Noviembre de 1944.

Adiciones:

Artículo 5o. Bis. Diario Oficial, 22 de Septiembre de 1948.

Artículo 4o. Diario Oficial, 29 de Septiembre de 1948.

Modificación:

Al título del Capítulo III, Diario Oficial de 29 de Septiembre de 1948.

Reglamento General de Profilaxis de la Lepra  
(Diario Oficial de 3 de Julio de 1955).

Decretos:

Decreto que declara obligatoria la aplicación del CREDE en el tratamiento de los recién nacidos.  
(Diario Oficial, 22 de Julio de 1933).

Fracción XVII:

Administrar y controlar las escuelas, institutos y servicios de higiene establecidos por la Federación en toda la República, exceptuando aquellos que se relacionaran exclusivamente con la sanidad animal.

Leyes:

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.  
(Diario Oficial, 10. de Marzo de 1955).

Decretos:

Decreto que fija las bases para la organización de la Escuela de Salubridad e Higiene.  
(Diario Oficial, 21 de Octubre de 1938).

Decreto por medio del cual la Escuela de Salubridad e Higiene a la que se refiere el que fijó las bases para su organización, publicado el 21 de octubre de 1938, cambia su denominación por la de Escuela de Salubridad y Asistencia.  
(Diario Oficial, 27 de Abril de 1962).

Fracción XVIII:

Organizar Congresos Asistenciales y Sanitarios.

Leyes:

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.  
(Diario Oficial, 10. de Marzo de 1955).

Fracción XIX:

Prestar los servicios de su competencia directamente o en coordinación con los Gobiernos de los Estados y del Distrito o los Territorios Federales.

Leyes:

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.  
(Diario Oficial, 10. de Marzo de 1955).

Fracción XX:

La vigilancia sobre el cumplimiento del Código Sanitario y de sus Reglamentos.

Leyes:

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.  
(Diario Oficial, 10. de Marzo de 1955).

Fracción XXI.

Los demás que le fijan expresamente las Leyes y Reglamentos.

ESTRUCTURA GENERAL:

- 1.0 La Subsecretaría de Asistencia, cuenta en sus oficinas centrales: con un Subsecretario, un Secretario Particular, -- Jefe del Cuerpo de Asesores, personal administrativo y de intendencia y las demás oficinas que la integran son las siguientes:
  - 1.01 - Asesoría Técnica.
  - 1.1 - Dirección General de Asistencia Médica.
  - 1.2 - Dirección General de Asistencia Social.
  - 1.3 - Dirección General de Asistencia Médica Materno-Infantil.
  - 1.4 - Dirección de Enfermería.
  - 1.5 - Dirección de Odontología.
  - 1.6 - Dirección General de Rehabilitación.
  - 1.7 - Dirección General de Salud Mental.
  - 1.8 - Dirección de Trabajo Social.

- 1.9 - Campaña Nacional Contra el Cáncer.
- 1.10 - Unidad de Cuadros Básicos para la Atención Médica.
- 1.11 - Laboratorio Central de Reactivos.

**Organigrama.**

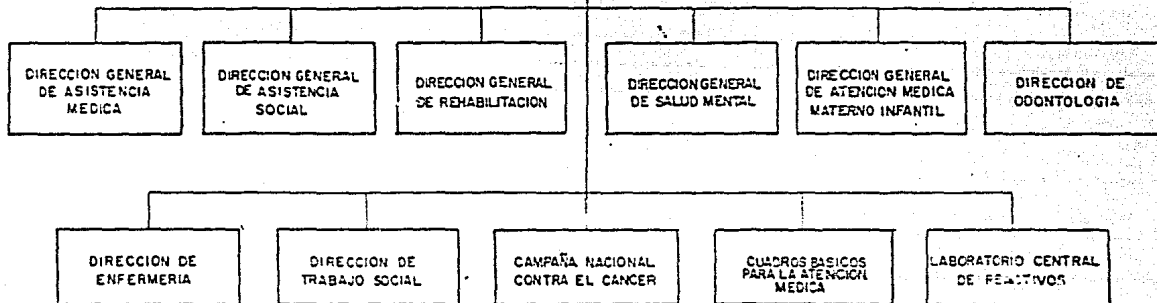
ESTRUCTURA ORGANICA DE LA  
SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA:

Asesoría Técnica, Dirección General de Asistencia Médica, Dirección General de Asistencia Social, Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil, - Dirección de Enfermería, Dirección General de Rehabilitación, Dirección de Odontología, Dirección General de Salud Mental, Dirección de Trabajo Social, -- Campaña Nacional Contra el Cáncer, Unidad de Cuadros Básicos para la Atención Médica y Laboratorio Central de Reactivos.

|   |                  |
|---|------------------|
| ORGANIGRAMA DE LA SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA |                  |
| AUTORIZO                                      | S. S. A.         |
| ELABORO                                       | ASESORIA TECNICA |
| Nº 1  | FECHA. SEP 1972. |

SUBSECRETARIA  
DE  
ASISTENCIA

ASESORIA  
TECNICA



4.1 Dependencias que dan Servicio a Grupos

( Ver Anexo 1 )

son:

- Dirección General de Asistencia Médica.
- Dirección General de Asistencia Social.
- Dirección General de Salud Mental.
- Dirección General de Rehabilitación.

4.2 Dependencias de Areas Especializadas

( Ver Anexo 1 )

son:

- Dirección de Enfermería.
- Dirección de Odontología.
- Dirección de Trabajo Social.

4.3 Dependencias Funcionales. ( Servicios de Apoyo )

( Ver Anexo 1 )

son:

- Unidad de Cuadros Básicos para la Atención Médica.
- Laboratorio Central de Reactivos.

5. **IMPORTANCIA ADMINISTRATIVA DE LA SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA.**

La magnitud administrativa de la Subsecretaría de Asistencia, se puede deducir del análisis de los organismos que incluye bajo su control normativo y político. Muchos de ellos tienen tal importancia, que han rebasado en su fama a los límites de nuestro país.

Concretamente quedan bajo el control directo o indirecto - de la Subsecretaría de Asistencia más de 200 organismos, que a continuación se indican, con su dependencia directa:

5.1 Asesoría Técnica de la Subsecretaría de Asistencia.

5.2 Dirección General de Asistencia Médica.

- Hospital General de México.
- Hospital Nacional Homeopático.
- Hospital de la Mujer.
- Hospital Juárez.
- Leprosario "Dr. Pedro López".
- Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares.
- Escuela de Enfermería.
- Clínicas Nos. 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

5.3 Dirección General de Rehabilitación.

- Hospital "Teodoro Gildred".
- Centro de Rehabilitación Músculo Esquelético.
- Centro de Rehabilitación de Alcohólicos.
- Escuela Nacional de Ciegos.
- Instituto Nacional de la Comunicación.
- Instituto Nacional de Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales.
- Centro de Rehabilitación Profesional.

5.4 Dirección General de Asistencia Social.

- 150 unidades (Hogares Sustitutos, Guarderías, Escuelas Asistenciales, Internado Nacional In



fantil, Centro Asistencial de Custodia, Internado Nacional Juvenil, Centros de Bienestar -- Urbanos, Dormitorio Público, Comedor Familiar y Casas para Ancianos).

5.5. Dirección General de Salud Mental.

- Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"
- Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"
- Hospital Psiquiátrico "Samuel Ramirez Moreno"
- Hospital Granja "La Salud"
- Hospital Psiquiátrico "José Sáyago"
- Hospital Psiquiátrico "Adolfo M. Nieto"
- Hospital Psiquiátrico "Rafael Serrano"
- Hospital Psiquiátrico "Cruz del Norte"
- Hospital Psiquiátrico "Cruz del Sur"
- Hospital Psiquiátrico "Villahermosa"
- Hospital Psiquiátrico "Fernando Ocaranza"
- Escuela "Fray Bernardino Alvarez"
- Instituto Nacional de Neurología
- Unidad de Investigaciones Cerebrales.

5.6 Dirección General de Asistencia Médica Materno-Infantil.

- Programas aplicativos en Hospitales y Centros de Salud en el D.F. y todo el Territorio Nacional a través de los Hospitales de la Subsecretaría de Asistencia y los Centros de Salud de la Dirección General de Servicios Coordinados en los Estados.

5.7 Dirección de Odontología. (Normativa únicamente)

- 5.8 Dirección de Enfermería. (Normativa en relación a las actividades de enfermería en unidades de la Subsecretaría de Asistencia).
- 5.9 Dirección de Trabajo Social. (Normativa en relación a las actividades de trabajo social en las unidades de la Subsecretaría de Asistencia).
- 5.10 Campaña Nacional Contra el Cáncer. (Normativa).
- 5.11 Unidad de Cuadros Básicos para la Atención Médica. (De control para las requisiciones de equipo, material de curación, medicamentos e instrumental médico en todas las dependencias de la S.S.A.).
- 5.12 Laboratorio Central de Reactivos. (Producción de reactivos para Laboratorios de Análisis Clínicos de la S.S.A., y las diferentes campañas.)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

CAPITULO III

ORGANIZACION ACTUAL DE LA SUBSECRETARIA DE  
ASISTENCIA ( 1976 )

- ( 1 ) Archivo de la Subsecretaría de Asistencia.  
Expedientes relacionados con los temas de:  
ORGANIZACION DE ASISTENCIA 1970-1976.  
Plan Nacional de Salud. 1973-1976.  
Programas Médicos para el sexenio. 1971 --  
1976.  
Programa de Mejoramiento Alter. 1972-1976.  
Reglamento Interior de la Secretaría de --  
Salubridad y Asistencia.  
Diario oficial. viernes 10 de agosto de 1973.
- ( 2 ) Prontuario de Disposiciones Jurídicas para  
las Secretarías y Departamentos de Estado.  
Ley de Secretarías y Departamentos de Estado.  
Secretaría de la Presidencia, México 1972.
- ( 3 ) Constitución Política de los Estados Unidos  
Mexicanos. Ed. Secretaría de Gobernación con  
la colaboración del INJUVE, México, Febrero  
1975, p. 23
- ( 4 ) Secretaría de la Presidencia Ob Cit. p.p.  
327-344

## CAPITULO IV.

### SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA. FUNCIONAMIENTO TRADICIONAL. ANALISIS CRITICO DE ALGUNOS PROBLEMAS.

1. SOBRE LA PLANIFICACION DE ACTIVIDADES.
    - 1.1 Diseño Adecuado de Objetivos.
  2. SOBRE LOS RECURSOS HUMANOS.
  3. SOBRE COMUNICACIONES.
    - 3.1 Comunicaciones Intradirecciones.
    - 3.2 Comunicaciones Interdirecciones.
  4. SOBRE PLANES Y PROGRAMAS.
    - 4.1 Elementos para la Elaboración de Planes y Programas.
- Referencias bibliográficas.

## CAPITULO IV

### SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA. FUNCIONAMIENTO TRADICIONAL. ANALISIS CRITICO DE ALGUNOS PROBLEMAS.

La Subsecretaría de Asistencia estructuralmente se divide en 11 organismos que norman las actividades de la asistencia en el país.

Cada uno de ellos dentro de su contexto marca los lineamientos para las actividades de Hospitales y Centros de Salud dedicados a la asistencia médica, social, materno infantil, odontología, de rehabilitación, de salud mental. Estas actividades básicas, caen dentro de su marco de referencia asistencial.

El crecimiento de las organizaciones en el sector público en determinada etapa de su vida, tienden a una expansión en el ámbito de sus funciones, así a la Subsecretaría de Asistencia se le asignaron en diferentes tiempos, organismos de control como la Dirección de Enfermería y la de Trabajo Social, la Campaña Nacional Contra el Cáncer, Cuadros Básicos para la Atención Médica y Laboratorio Central de Reactivos.

Del análisis de esta composición de las unidades de la Subsecretaría de Asistencia es posible hacer un diagnóstico administrativo general de toda la entidad, más o menos aceptable. Críticamente, hemos agrupado los siguientes problemas:

#### 1. SOBRE LA PLANIFICACION DE ACTIVIDADES:

Las actividades de asistencia se realizan anualmente en base a los programas específicos de cada unidad administrativa. La primera coyuntura es la escasa conciliación entre el programa presupuestal y el programa de actividades técnico-médico. Cada uno se hace separadamente, aunque este último en su elaboración o su planificación, es empírico. Hay intentos de planificación del presupuesto, más no obedece a estudios

serios que justifiquen aumentar las partidas presupuestales por el aumento de necesidades de las unidades hospitalarias. El proyecto de presupuesto normalmente se ve reducido a una ausencia de comunicaciones de las unidades técnicas y administrativas que converge en una desarticulación total del sistema. Por otra parte, las unidades administrativas de la Subsecretaría de Asistencia no han planeado actividades en relación al desarrollo de recursos humanos; por el contrario como parte de un sistema mayor de selección de personal, ingresan frecuentemente a cada unidad, personal que no se ajusta a las necesidades de recursos humanos de cada Dirección, existiendo y fomentando una expansión de las áreas administrativas, sobre todo en los de apoyo, contrastando la falta de recursos humanos en las áreas técnicas.

Podemos jerarquizar los problemas administrativos por su importancia en los siguientes:

#### 1.1 Diseño Adecuado de Objetivos:

Cada Dirección o unidad de la Subsecretaría tiene que preparar sus actividades para lo cual elabora los objetivos que darán pauta a dichos programas. Esta parte fundamental de la programación, se realiza con un alto nivel de subjetividad la falta de precisión en los mismos objetivos induce a que toda la programación sea indeterminada, sobre todo en los aspectos técnico-médicos.

La programación de objetivos se hace en función de la apreciación que se tenga de las actividades, su duración, su extensión en el tiempo y espacio y si estos objetivos no se delimitan, no se definen como alcanzables las actividades. La evaluación misma, punto final del proceso administrativo, se verá también imprecisa.

Algunos autores nos hablan de que las organizaciones son -- creadas para lograr determinados fines, y que para sostenerse a sí mismas, desplazan sus objetivos para las que fueron creadas por otros de sostenimiento de las mismas.

Ocurren en las entidades del sector público ( en su mayoría) este planteamiento, dándole un matiz característico que puede ser, debido a una falta de adecuación de objetivos acordes

con la realidad, se desplazan los fines para los que fueron creadas por otros que parecen inalcanzables, no cuantificables, menos susceptibles de evaluación. Otra característica de estas entidades en relación a los objetivos, es, que el crecimiento anárquico en recursos, descompensa la adecuada asignación de recursos en función del objetivo general de cada entidad, esto es crecimiento en volumen de recursos humanos para las áreas administrativas en detrimento de las áreas técnicas. El de los programas, planes y proyectos, éstos están supeditados a una asignación presupuestal en su mayoría reducidos.

## 2. SOBRE LOS RECURSOS HUMANOS.

La inadecuada asignación de recursos humanos, se resiente más en las áreas técnicas, que son la razón de ser de cada organismo. Estas áreas como unidades normativas en materia de salud, donde se realizan las funciones básicas asistenciales, no han sido programadas adecuadamente en razón de las funciones y actividades a cumplir. Esto, aunado a un crecimiento desequilibrado entre unidades técnicas y unidades administrativas o de apoyo. Esto nos lleva a deducir la mala administración de recursos humanos que existe. Para ejemplificar un poco más, a continuación exponemos un problema de Administración de Recursos Humanos en la Dirección General de Salud Mental, en la cual se elaboró un estudio, por parte del Grupo de Mejoramiento Administrativo de la Subsecretaría de Asistencia, un programa de requerimiento de recursos humanos para el área técnica de esta Dirección.

En este mismo estudio se expusieron las bases técnicamente justificadas para el requerimiento de recursos humanos calificados para el área técnica, fueron las siguientes:

Se requiere personal técnico a nivel normativo para:

1. Planear, organizar, integrar, dirigir y coordinar los programas de salud mental, a todo el territorio nacional.
2. Normar las acciones de las unidades aplicativas -

a relación a los recursos técnicos de las mismas a todos los niveles.

3. Sistematizar la programación, control y evaluación de actividades de las unidades aplicativas.
4. Desconcentrar áreas de autoridad y responsabilidad sobre programas específicos.
5. Coordinar funciones con organismos oficiales y privados a fin de integrar las actividades de la salud mental en México.
6. Realizar funciones básicas de investigación y enseñanza.
7. Realizar estudios de organización y funcionamiento de las unidades aplicativas.
8. Conformar una estructura orgánica adecuada, que asegure el cumplimiento de los objetivos generales de la Dirección General de Salud Mental.
9. Revisar y actualizar y en su caso elaborar las disposiciones legales para la salud mental en México.
10. Evitar el empirismo y sus consecuencias, que solucionan actualmente problemas superficiales por desconocimiento de causas específicas que lo están generando.
11. Planear las diferentes áreas de estudio (Asistencia Psiquiátrica, Psiquiatría Comunitaria, Estadística, Investigación y Enseñanza, etc.) interrelacionándolas, a fin de atacar problemas generales y específicos.
12. Formar un banco de datos estadísticos actualizado.
13. Tecnicar el Sistema Salud Mental a nivel normativo, aumentando la productividad en los servicios integrales.



14. Formar un equipo multidisciplinario conociendo y resolviendo asuntos de distinta naturaleza.
15. Proyectar los servicios asistenciales psiquiátricos a todo el país.
16. Proyectar los servicios e incrementar el aprovechamiento de los recursos disponibles.
17. Dirigir la elaboración de proyectos de reglamentos y otras iniciativas relativas al mejoramiento de los servicios psiquiátricos.

"Se diseñarán asimismo, las funciones que corresponderían a esta área técnica:

#### Funciones del Area Técnica:

1. Planear, organizar, dirigir, controlar y coordinar -- los programas normativos de la Asistencia Psiquiátrica Comunitaria, Enseñanza e Investigación, Estadística Trabajo Social y Enfermería.
2. Elaborar las normas relativas a la aplicación de la medicina preventiva y asistencial, servicios de diagnóstico y tratamiento, consulta externa, albergues, rehabilitación, y especialidades médicas.
3. Coordinar las actividades de la Subdirección Técnica en los Hospitales y unidades de Salud Mental.
4. Controlar la información científica (boletines, revistas, libros, simpósiums, mesas redondas, investigaciones) relativas a la Salud Mental.
5. Programar y controlar la enseñanza e investigación así como los intercambios científicos, técnicos y académicos.

6. Estudiar la legislación y elaborar proyectos referentes a la Salud Mental.

La trascendencia de la integración de esta área se justifica por 14 unidades aplicativas de su control.

La magnitud y trascendencia de la planeación y control de estas unidades se esquematiza por el siguiente cuadro. Se incluye el número de camas por ser en el auxilio de las organizaciones de salud, un indicador que mide el grado de importancia de un Hospital.

| <u>Unidades Aplicativas de Salud Mental</u> | <u>No. de Camas</u> |
|---|---------------------|
| Instituto Nacional de Neurología            | 124                 |
| Hospital P. I. "Dr. Juan N. Navarro"        | 202                 |
| Hospital P. "Fray Bernardino Alvarez"       | 600                 |
| Hospital G. "Villahermosa"                  | 90                  |
| Hospital C. "Dr. Samuel Ramírez"            | 502                 |
| Hospital C. "Dr. Fernando Ocaranza"         | 600                 |
| Hospital C. "Dr. Adolfo M. Nieto"           | 500                 |
| Hospital C. "Dr. Rafael Serrano"            | 480                 |
| Hospital C. "Cruz del Norte"                | 224                 |
| Hospital C. "Cruz del Sur"                  | 160                 |
| Hospital C. "José Ságayo"                   | 600                 |

La cobertura de población que cubrirían estos Hospitales, sería adecuada si se dispusiera de los recursos humanos especializados para alcanzar un rendimiento en servicio, que se aproxime a lo regular". ( 1 )

En cuanto al presupuesto disponible para estos Hospitales es otra coyuntura para llevar adelante los posibles programas de trabajo. Este problema administrativo y el anterior, obedecen a estudios administrativos completos, que implican una interrelación de elementos que influyen en la marcha adecuada de esta institución. Dichos estudios y sus implicaciones, no pueden ilustrarse en esta Tesis Profesional, ya que daría lugar a otra tesis sobre microanálisis administrativo, nuestro objetivo por ahora, es revisar de soslayo un problema más que se presenta no sólo en el ámbito de una organización, sino en otras dependencias públicas.

Haciendo un análisis comparativo entre recursos médico-técnicos y recursos administrativos de la Dirección General de Salud Mental y sus unidades aplicativas, ejemplificando en (la Gráfica No 2BIS) esta comparación a nivel central, tenemos que es la misma problemática en el nivel aplicativo que en la cara de la Dirección hacia la comunidad que solicita un servicio o muchas veces se habla de la escasa calidad de la atención médica en algunos hospitales, el Cuadro No. 1 y su interpretación es en parte, un justificante de la misma. La mala distribución de recursos o desequilibrio entre los mismos, representa la falla de más coyuntura para esta organización.

### 3. SOBRE COMUNICACIONES.

Básicamente nos avocaremos a plantear problemas de comunicación a dos niveles:

#### 3.1 Intradirecciones                      3.2 Interdirecciones.

##### 3.1 Comunicaciones Intradirecciones:

En algunas dependencias de la Subsecretaría de Asistencia, las comunicaciones internas representan un problema micro-organizacional y se refleja hacia el exterior el deterioro de las mismas. Una entidad puede contar con un equipo de trabajo que supera a algunas otras entidades de la Subsecretaría. Profesionistas de diversas disciplinas pueden reforzar los programas, más la inadecuada comunicación entre las distintas áreas técnicas y administrativas, provoca que en la aplicación de programas, haya duplicidad de funciones e incluso de objetivos; que de una área a otra no se conozca qué objetivos, funciones y programas se están realizando, que incluso, no sepan con precisión, el objetivo general de la Dirección en que trabajan.

Las fallas de estas comunicaciones inducen a:

- Objetivos generales y específicos indefinidos por la mayor parte de áreas de trabajo.

- Duplicidad de funciones y consecuentemente de gastos y esfuerzos.
- Escasa integración en el funcionamiento del programa general.
- Subjetividad en la elaboración del programa general. (por falta de participación de todas las áreas de trabajo en su parte correspondiente".
- Indeterminación de políticas de actuación.
- Ausencia de criterios fundamentados por la toma de decisiones.
- Elaboración de programas específicos incongruentes con el programa general.
- Desconocimiento de objetivos y funciones de una área a otra.
- Separación entre área técnica y área administrativa.
- Diseño de programas, desprendidos de criterios presupuestales.

Esto hace necesario establecer los canales de comunicación adecuados a través de juntas o reuniones de trabajo y a través de manuales administrativos que indiquen el tipo de relaciones ascendentes, descendentes, internas, externas, de coordinación, formales, informales, que no existan errores en el diseño de objetivos de corto, mediano y largo plazo. Estos, entre otros, son parámetros de medición de la conducta organizacional.

Otro elemento que puede influir en el establecimiento de las comunicaciones, son las reuniones de confrontación entre los elementos de las jefaturas de los diferentes niveles jerárquicos. En estas reuniones se destacan los pro-

blemas de organización por todo el grupo participante se jerarquizan por orden de importancia y posteriormente y en equipo se establecen las bases para dar solución al problema, iniciado por aquél que representa mayores dificultades.

La integración de grupos de trabajo también es básica si se lleva a cabo por un especialista en administración que conozca de estas técnicas. La falta de integración de grupos de trabajo, debido a la ausencia de comunicación entre sus elementos, provoca además de lo anterior:

- Desconocimiento del nivel inmediato superior por alguno o varios de los elementos del grupo.
- Desconocimiento de los diversos niveles jerárquicos de la estructura orgánica.
- Incumplimiento en las funciones encomendadas.
- Falta de iniciativa y motivaciones de trabajo.
- Formación de pequeños grupos con intereses ajenos a los objetivos de la organización.
- Inaccesibilidad a los pequeños grupos por otras áreas de trabajo.

### 3.2 Comunicaciones Interdirecciones:

La programación de las actividades de asistencia se hace a nivel de Direcciones a través de normas, lineamientos y directrices de trabajo que directamente se envían de la unidad central a las unidades normativas.

La elaboración de programas de trabajo es anual. El desarrollo de estos programas y los criterios particulares para la programación dependen en alguna medida del criterio de sus titulares.

#### 4. SOBRE PLANES Y PROGRAMAS.

Las posibilidades de una programación de actividades exitosas en la S.S.A. son remotas, pero este juicio apriori, lo complementamos con un análisis escueto de los diversos problemas que actúan como frenos institucionales en el contexto de la estructura orgánica de la S.S.A. Los objetivos tradicionalmente adoptados, la existencia de políticas sanitarias sin continuidad y variables en cada gestión gubernamental, el desconocimiento de los niveles de decisión, la magnitud y trascendencia de los problemas que se enfrentan, la inadecuada asignación de recursos para la salud entre -- las diversas dependencias, la escasez de estudios de previsión para atacar problemas específicos presentados en el ámbito de cada unidad normativa, los planes a corto, mediano y largo plazo, son inexistentes, en la mayoría de las dependencias se trabaja a demanda, no por programas. El mantenimiento de funciones generales conducentes al alcance de -- cualquier objetivo, no preciso, reduce la posibilidad de resultados positivos, a diferencia de otras que participan directamente en la consecuencia de un objetivo determinado -- previamente, cuantificable y preciso.

En la estructura orgánica de la Subsecretaría de Asistencia tenemos órganos que responden a criterios diversos los funcionales-asistenciales; los de apoyo; los de investigación; y promoción, entre otros.

Aquellos que representan mayores dificultades para la planeación, control y ejecución de actividades son los funcionales-asistenciales. A groso modo, veremos en que manera afectan a la programación de sus actividades los problemas básicos de programación a nivel macroadministrativo.

Estas dependencias programan anualmente sus actividades en base al ejercicio del año fiscal en cuestión. Se realiza un anteproyecto que se somete a consideración de la Subsecretaría de Asistencia y posteriormente a la Oficialía Mayor.

A estos anteproyectos en la mayoría de los casos se les hace ajustes presupuestales que afectan al desarrollo de los programas técnico-médicos, ajustes presupuestales que lleguen a reducir la mitad del presupuesto solicitado.

De esta forma se trabaja en algunas dependencias de la Subsecretaría.

Evaluación de la organización en la Subsecretaría de Asistencia o diagnóstico de un programa.

Existe un criterio indefinido para la elaboración de los programas anuales en las dependencias de la Subsecretaría, varía en contenido y grado de detalle; en cuanto a fijación objetiva de metas, políticas y funciones; a su extensión en el tiempo y a la cuantificación de objetivos. En la mayoría de los programas no se sigue una metodología adecuada para su elaboración. Los puntos básicos de un programa parecen no precisarse y en algunos casos de momento parece ser un informe narrativo.

El siguiente ejemplo sobre un programa de trabajo, nos dará una idea de la ausencia de criterios o metodología adecuada para la elaboración de programas de trabajo.

"De acuerdo con sus indicaciones, presento a usted en forma esquemática, el plan de trabajo de la Dirección a mi cargo, para el presente año:

Considero que la Dirección General de Salud Mental, debe actuar principalmente en 5 direcciones que conducen a resultados inmediatos. Son las siguientes:

- I. Lograr la mejoría de los servicios asistenciales existentes.
- II. Reorganizar administrativa y técnicamente la Dirección.
- III. Colaborar activamente en los programas de trabajo interdependientes, principalmente el Consejo Nacional sobre problemas en Farmacodependencia y el de Coordinación General.
- IV. Mejorar, y si es posible, aumentar los servicios de psiquiatria comunitaria.

Los pasos que han de darse para mejorar la calidad de la asistencia psiquiátrica en nuestro país, son, a mi juicio, - los siguientes:

1. Convertir nuestros actuales Hospitales-Albergues, en verdaderos Hospitales Psiquiátricos. Esto a su vez, implica:
2. Construcción de nuevos Hospitales de Agudos y Subagudos, en provincia.  
Se comprende, que este punto se supeditaré al monto de lo presupuestado para construcciones, pero al menos deberá terminarse el Hospital de Monterrey. (Los trabajos están detenidos).
3. Elevar el nivel de la enseñanza en la Residencia de Postgrado.

El punto III, que se refiere a la colaboración activa de la Dirección en los trabajos conjuntos con otras dependencias, no necesita mayor aclaración.

Como se señala en el punto IV, los servicios de Psiquiatría Comunitaria, deben mejorarse y aumentarse. Pero en mi opinión, que esto último, no se intente si no se cuenta con los elementos adecuados para que los programas funcionen.

En cuanto al punto V, informo a usted, que ya trabajan en este asunto el Dr. Luis Antonio Gamiochipi y el Dr. Carlos Pouchet de la U.N.A.M. (por invitación nuestra) para dar los primeros pasos en la organización de una verdadera Comisión de Trabajo, que rinda frutos en el presente año." ( 2 )

Se requiere establecer elementos básicos para programar las actividades de las dependencias de la Subsecretaría de Asistencia. Estos elementos pueden sujetarse a una metodología adaptativa a cada una de las dependencias al comprobarse el funcionamiento de una guía metodológica propuesta, sólo así será posible obtener documentos estandarizados, objetivo reales, elaborados dentro de un contexto de discrecionalidad administrativa. A continuación presentamos un esquema que se utilizó para lograr lo anterior.



4.1 Elementos para la Elaboración de Planes y Programas.

- "1. La formulación de los objetivos de organización y departamentales, involucra interacción formal e informal sobre los ejecutivos de los diferentes niveles en la jerarquía administrativa, contiene los siguientes pasos:
- Aclaración del problema.
  - Obtención de la información completa sobre las actividades involucradas.
  - Análisis y clasificación de datos.
  - Formulación de premisas de planeación".
- "2. Fase de Formulación o Planteamiento del Problema Se trata de definir concisamente el problema a solucionarse, con lo cual se tendría una visión de las condiciones actuales que motivan la planeación. Este paso es el más importante, se pueden aplicar como guías las siguientes cuestiones:
- ¿Cuál es el objetivo principal o fin por el que se formula el plan?
  - Para lograr el objetivo, ¿hace falta un nuevo plan o solo modificando el actual se puede lograr.?
  - ¿Qué importancia tiene para la institución, el conseguir el fin del plan?
  - ¿Existe alguna contradisposición del objetivo del plan con las políticas de la institución?
- "3. Disposición de la información completa de las actividades involucradas, en este paso de plantear las nece

sidades, de conocer las actividades que van a ser planeadas y sus posibles efectos sobre los ya existentes.

La acción eficaz debe basarse en el conocimiento, siendo buenas fuentes de información las siguientes: la experiencia, las soluciones anteriores, la práctica diaria, la observación, los archivos, los datos estadísticos y los datos producto de la experimentación y la observación.

Preguntas guía para cumplir con este paso:

- ¿Se han recopilado todos los datos necesarios?
- ¿La información disponible abarca todas las actividades que se efectuaron?
- ¿Se han tomado en cuenta todas las fuentes de información?
- ¿Se cuenta con inventario de recursos disponibles?
- ¿Se han tomado en cuenta las aptitudes y limitaciones del personal disponible?
- ¿Se tienen en cuenta sesiones de enseñanza y adiestramiento?"

"4. Análisis y Clasificación de Datos. - Una vez aclarado el problema y disponiendo de información completa, cada elemento de información debe examinarse por separado y en su relación con el conjunto. Del cúmulo de datos, se separan los que no nos sirven para tener el fin del plan de los útiles, y éstos, a su vez, se agrupan de manera que queden juntos los que correspondan a asuntos similares.

Guía para cumplir este paso:

- ¿Existen relaciones entre datos y personal -- clave de las operaciones?
- ¿Se ha tabulado la información?
- ¿Se han hecho cuadros y gráficas para facilitar el análisis?
- ¿Es posible simplificar el trabajo actual con - estudios posteriores?"

"5. Formulación de Premisas de Planeación.- Con los datos tabulados que den conocimiento del problema, se - formulan algunas presunciones con base del plan. Estas premisas indicarán condiciones supuestas o reales y - que justifican la acción del plan.

Guía para formulación de Premisas:

- ¿Qué pretenciones se han hecho para desarrollar el plan?
- ¿La premisas consideran posibles contingencias?
- ¿Se han ponderado todos los datos disponibles - que se refieren a las premisas?
- ¿Cuáles son las premisas que deben vigilarse y que pudieran afectar al plan basado en ellas?"

"6. Calendarización del control y dirección de las funciones y las operaciones.- Con el paso anterior, se ha avanzado mucho, pero aún queda establecer los detalles de aplicación del plan y sus relaciones con todas las actividades afectadas, lo cual es objetivo de este paso.

Es necesario formular a detalle, dónde, por quién, -- cuándo, cómo, por qué, debe efectuarse cada etapa del plan.

Cuestionario guía:

- ¿Se ha establecido cuidadosamente el tiempo total y parcial para el cumplimiento de los objetivos?
- ¿Se tienen instrucciones escritas que abarquen las etapas parcial y total del plan?
- ¿Se ha informado a las personas involucradas en el plan, la participación que les concierne?
- ¿Se cuenta con papelería y accesorios necesarios?"

"7. Vigilancia del Desarrollo del Plan. - El éxito o fracaso se medirá en función de los resultados obtenidos.

Se requiere disponer en el plan, mecanismos de evaluación y control para seguir el desarrollo y los resultados. Lo normal es que esta función quede incluida en alguna unidad de control.

Preguntas para cumplir este paso: ( guía )

- ¿Se ha previsto registro e informes para que los responsables estén enterados de la marcha del plan?
- ¿Se tendrán suficientes datos después de un período razonable, para poder apreciar los resultados?
- ¿Se han señalado límites para considerar satisfactorios o inconvenientes los resultados?

- ¿Qué medidas correctivas se han propuesto para el caso de resultados no esperados?" ( 3 )

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

CAPITULO IV.

- ( 1 ) Programa de Mejoramiento Administrativo en la Dirección General de Salud Mental. Conclusión GEMA, Mimeografiado, 1974. P.p. 35-38
- ( 2 ) Programa Anual de Salud Mental Archivos de la Dirección General de Salud Mental 1974. Carlos Domínguez Trejo pag. 13
- ( 3 ) Elementos para la Evaluación de Planes y Programas México, Subsecretaría de Asistencia. S.S.A., Septiembre 1971 p. 3-7

## CAPITULO V

### SOLUCION A LOS PROBLEMAS. UNA ALTERNATIVA. FUNCIONAMIENTO EN BASE A PROGRAMAS.

1. MARCO DE REFERENCIA.
2. DEFINICIONES.
3. CONCEPTOS QUE SE UTILIZAN.
4. REVISION DEL FUNCIONAMIENTO EN BASE A PROGRAMAS  
EN LA SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA.
  - 4.1 Programa Médico.
  - 4.2 Programa Contable.
  - 4.3 Programa Estadístico.
  - 4.4 Programa de Mejoramiento Administrativo

Referencias Bibliográficas.

## CAPITULO V

### SOLUCION A LOS PROBLEMAS. UNA ALTERNATIVA. FUNCIONAMIENTO EN BASE A PROGRAMAS.

#### 1. MARCO DE REFERENCIA.

En la Subsecretaría de Asistencia no es sino a partir de 1971 cuando se empieza a laborar con algunos programas Técnico-Médicos y Técnico-Administrativos si bien es cierto que existían algunos programas, estos eran intentos aislados de mejorar la Administración del ámbito asistencial, sin que llegara a establecerse una Administración Técnico-Médica en base a programas existentes; y es a partir del primer semestre del año antes citado, cuando por aprobación de las autoridades superiores de la Subsecretaría de Asistencia se empieza a trabajar programas que se llevan a cabo. Entre los más importantes tenemos los siguientes:

Programa Técnico Médico.

Programa Estadístico.

Programa Contable.

Programa de Mejoramiento Administrativo.

En base a estos programas es como la Subsecretaría de Asistencia, ha venido desarrollando su trabajo y cumplimiento en cuenta el Plan Nacional de Salud que no es otra cosa más que la integración ordenada de los diferentes programas existentes en cada uno de sus ramos con el firme propósito e intento serio de planificar los servicios de la salud pública del país, tomando en cuenta todos sus recursos existentes así como la capacidad física instalada.

"La unidad de los principios en los programas y en la coordinación de propósitos permiten definir los objetivos para ser alcanzados en el próximo decenio, cuando será posible hacer una evaluación suficiente de los resultados, en el cumplimiento de los programas y de las metas que se proponen".



"El Plan Nacional de Salud con alcances hasta el año de 1983 se concibe como un documento flexible a las circunstancias y a los recursos disponibles durante su desarrollo a lo que -- habrá de permitir manejar prioridades y ajustar las metas de conformidad con los requerimientos más urgentes.

El soporte fundamental del Plan Nacional de Salud lo habrán de constituir el conjunto de programas de salud en todos y cada uno de los territorios y estados de la República Mexicana en función de la dinámica y de los programas de gobierno locales, para llegar a la fina estructura de planes de salud en todos los municipios y el mayor número de localidades constitutivas de éstos.

La iniciativa del Presidente Echeverría se transforma en una movilización de la comunidad mexicana para mejorar sus condiciones de vida y aumentar su capacidad productiva, física y mental en el proceso de desarrollo global que tiende a liquidar etapas de insalubridad, de enfermedades seculares, de pobreza, deterioro biológico y de ambiente". ( 1 )

Pero antes de dar un pequeño desglose de los programas existentes, vamos a ponernos de acuerdo en qué es un programa, y a plantear diferentes definiciones y conceptos de programas.

## 2. DEFINICIONES:

"Un programa es un escrito que indica los pormenores de una fiesta, las condiciones de un examen, etc.

Proyecto determinado: seguir un programa.

Exposición que fija la línea de conducta que ha de seguirse: el programa de un partido político.

Conjunto de instrucciones preparadas, de modo que una calculadora, máquina, herramienta u otra aparato automático, puedan efectuar una sucesión de operaciones determinadas". (2)

"Son calendarios o la fijación del tiempo durante el cual se llevarán a cabo las actividades". ( 3 )

"Un programa puede considerarse como el plan general para ejecutar las funciones que están señaladas al departamento!"  
( 4 )

#### Programa de Sistemas de Oficina:

"Incluye estudios acerca de los procedimientos y relaciones de organización en términos de alcance de la estandarización practicable, simplificación y mediación de la producción. El programa de los sistemas de oficina que es el más comprensible de todos, enfatiza flujos de trabajo administrativo y las relaciones de organización establecidas para el curso del trabajador. En el programa se determinan medidas de trabajo relacionadas con el número de empleados que se necesitan para la ejecución de cierto volumen de trabajo. Necesariamente, este programa estará coordinado con los otros. Los analistas responsables del programa de sistema de oficina poseen el tipo más general de conocimientos de métodos y deben, en ocasiones, solicitar ayuda a los especialistas que están trabajando en ocasiones en otros programas". ( 5 )

#### Programas de Normas para Equipos:

"Incluyen estudios detallados y pruebas de modelos de máquinas y equipos para oficina, con el propósito de hacer recomendaciones específicas para la aplicación práctica, el aprovechamiento adecuado y la operación económica del equipo que se recomienda. Establecen los requisitos básicos para la justificación de la compra y para control presupuestal. El programa de normas de equipo es el más técnico de todos los programas. Abarca la mejor aplicación del equipo de oficina, de acuerdo con lo que requieren los procedimientos en los cuales se emplea dicho equipo. Puesto que con frecuencia los diversos procesos determinan si un plan será ejecutado a mano o en máquina, el programa del equipo está fuertemente unido y coordinado con el programa de sistemas de oficina. También la manera de archivar los registros en gabinetes requiere una cuidadosa atención común a los analizadores en el programa del equipo.

Con el advenimiento de las computadoras electrónicas, el énfasis durante los últimos años se ha puesto en este terreno. La siguiente es la descripción característica de un subprograma de aplicaciones de una computadora electrónica.

Coordinar en todas las dependencias de la compañía el fomento del uso de las computadoras electrónicas para sacar ventaja tan rápido como sea posible de todo lo relacionado con la operación y las actividades económicas de analizar los datos electrónicamente; dirigir las investigaciones acerca del equipo y de sus aplicaciones en la industria; ayudar en la aplicación de la máquina en cooperación con las oficinas involucradas". ( 6 )

#### Programas de manejo de Registros:

"Desarrolla sistemas de archivo y normas para el manejo eficaz de los registros. Recomienda la conservación de registro con los planes de acción ordenados por la compañía.

El programa de manejo de registros comprende los sistemas de archivo y la administración de registros en general, incluyendo su colaboración, accesibilidad y conservación. Siendo claramente una especialidad el manejo de registros, como programa debe ser dirigido en función de los procedimientos de los cuales los registros forman parte". ( 7 )

#### Programas de Avalúo del Trabajo de Oficina:

"Revisar la implantación de nuevos métodos y realizar la revisión periódica sobre bases comparativas de la efectividad de los sistemas de oficina, utilizando los datos reresultantes de la fase estimada de la producción de programas de los sistemas de oficina. El programa de avalúo del trabajo de oficina, aunque podría considerarse como la fase final del programa de sistemas de oficina, se desarrolla por separado. Esto es así, debido a que su importancia está en el cálculo comparativo del trabajo que se ha llevado a cabo, después de la estandarización que resulta del desarrollo de procedimientos que se ha revisado. El programa se pondrá en marcha después que ha transcurrido el tiempo suficiente para permitir una valorización exacta de los resultados y un ajuste final de los detalles de procedimientos y organización.

La valorización del trabajo de oficina no debe confundir se con la auditoría financiera, que se refiere sólo a la revisión de planes de acción, procedimientos y registros con el fin de salvaguardar los intereses de la compañía". ( 8 )

### Programa de Coordinación:

"Establece los medios sistemáticos de correlacionar las formas e informes con los procedimientos administrativos relacionados y coordina la divulgación de los informes que se refieren a planes de acción y procedimientos.

Coordinación de formas impresas: dentro de los requerimientos que existan en la compañía, desarrolla y mantiene un sistema sin revisar y corregir la información y estados periódicos iniciados o solicitados para evitar la duplicidad o el error en los datos.

Coordinación de Publicaciones: desarrolla y mantiene un sistema para revisar, corregir y estandarizar el fomento y la compatibilidad del contenido de los manuales, instrucciones y de las otras publicaciones referentes a los planes de acción, procedimientos, organización, informes y la presentación de las formas.

Cada una de las tres secciones del programa de coordinación podrá por sí misma llegar a ser un programa aparte, si el volumen de trabajo fuera suficiente para ajustar su labor. La coordinación de formas, informes y publicaciones repetidas es básica para el trabajo administrativo. Sin la coordinación de formas muchos machotes duplicados o mal proyectados para facilidad del uso, podría demorar los procedimientos y retardar la acción.

Sin la coordinación de los informes independientes de la organización, podrían engañar a otras oficinas reportando necesidades de una índole sin razón molesta o falseada. Sin la coordinación de las publicaciones podrían divulgarse instrucciones contradictorias. La coordinación proporciona un beneficio que evita la confusión administrativa y los gastos innecesarios". ( 9 )

### Programa de Investigación y Capacitación:

"Establece y mantiene relaciones con sociedades profesionales de administración y otras empresas para el cambio mutuo de informes relativos a mejorar en los planes de acción, dirección, organización, procedimientos, equipos técnicos de perfeccionamiento de métodos, desarrollo, por medio de métodos de laboratorio, la aplicación de sistemas a los problemas de las empresas; prueba las a-

plicaciones, mantiene una bibliografía, y archivo de los datos que representan la solución más efectiva y confirmada a los problemas típicos de los métodos.

Prepara material de capacitación en todas las fases de los trabajos de sistemas para el uso normal de los empleados que trabajan dentro de este campo.

Dirige los seminarios programados con regularidad sobre los problemas y técnicas de sistemas.

Coordina la totalidad de actividades de programas de sistemas.

El programa de investigación y capacitación abarca el desarrollo y el cambio de datos técnicos a los métodos de trabajadores entre fuentes internas y externas. Los datos son aprovechables para la capacitación de nuevos analistas y como material más fresco para el personal de auditoría." ( 10 )

#### Programas Alternativas.

"El programa es una parte muy importante del plan. Constituye la base para decidir cuando deben efectuarse las actividades. Un curso completo de acción puede determinarse por la necesidad de realizar un trabajo durante un plazo fijo.

Los programas se elaboran asignando periodos específicos para cada actividad; así como la fecha en que habrá de realizarse. Al fijar el tiempo de las actividades, es conveniente darles un margen determinado con el propósito de prevenir modificaciones necesarias en la ejecución del plan". ( 11 )

#### Técnicas de Programación.

Son instrumentos de los que se vale la planeación para cumplir sus fines:

- Gráfica de Gant o de Barras

- El Camino Crítico". (12)

### 3. CONCEPTOS QUE SE UTILIZAN:

"La planeación de los negocios es una actividad integral que busca obtener el máximo de efectividad total de una compañía como un sistema de acuerdo con los objetivos de la empresa". ( 13 )

Aquí conviene una definición simple: "un plan en un curso predeterminado de acción. Esencialmente, un plan tiene 3 características. Primero: debe involucrar el futuro de acción, será tomado por el planificador o alguien designado por él, dentro de la organización. Las necesidades del futuro, la acción y la causa personal u organizacional son elementos necesarios en cada plan". ( 14 )

En una sociedad dinámica las organizaciones logran su autopermanencia a través de la planeación eficiente.

Bajo el concepto de sistemas, "el proceso de planeación - puede ser considerado como vehículo para llevar a cabo el cambio de sistema. Sin la planeación, el sistema no podría cambiar y no podría adaptarse a las diferentes fuerzas ambientales". ( 15 )

"La planeación de los negocios no es una entidad en sí misma, sus propósitos primarios consisten en proporcionar las líneas de guía necesarias para el proceso vital de toma de decisiones a través de la organización". (16)

"Los planes establecidos son aquellos de tipo de planes - como los de las políticas, métodos, normas, procedimientos informes de operación que están diseñados para cubrir una variedad de situaciones repetitivas que frecuentemente encuentra la organización". ( 17 )

### 4. REVISION DEL FUNCIONAMIENTO EN BASE A PROGRAMAS EN LA SUB SECRETARIA DE ASISTENCIA.

## Principales programas:

Dato que este funcionamiento con las características actuales es un aporte novedoso en la Subsecretaría de Asistencia, se revisan someramente sobre todos aquellos en los que intervienen de manera significativa los estudiosos y profesionales en Ciencias Políticas y Administración Pública.

### 4.1 Programa Médico:

#### Introducción:

La competencia de la Subsecretaría en este aspecto específico de asistencia encuentra su plataforma de desarrollo en -- sus políticas, cuya realización busca, constantemente, elevar el nivel de salud del mexicano.

Como ente normativo de la asistencia en México, empujar los servicios asistenciales mediante la utilización de los recursos que se integran en todos sus niveles estructurales fue la premisa fundamental de acción de esta Subsecretaría. Sus políticas enmarcan este espíritu y su interpretación más amplia proporciona las pautas en la programación de asistencia a la comunidad. Es preciso indicar que no se trata, al establecer sus políticas ( 18 ) de un esquema de planificación que considere las perspectivas a mediano y largo plazo, sino bien se pretende atender las necesidades de salud del momento, reflejada en la demanda asistencial en sus unidades aplicativas por una parte de la población.

Con el Plan Nacional de Salud, la Subsecretaría de Asistencia tendrá a su cargo a través de una adecuada delegación de la - Secretaría del Ramo ( 19 ), la coordinación del Plan y establecer normas y políticas nacionales en materia de asistencia. De esta forma el programa médico de la Subsecretaría se desarrollará en la participación que tenga en algunos programas relacionados con los aspectos médico-asistenciales que contiene este plan.

#### PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD.

#### Objetivos:

Elevar el nivel de educación para la salud del pueblo mexicano, para:

- Conservar y fomentar su salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Atender oportuna y adecuadamente sus problemas de salud.
- Participar en el logro de la salud individual, familiar, y colectiva.

#### PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL Y PLANEACION FAMILIAR.

Objetivos:

- Aumentar y mejorar progresivamente la cobertura de atención materno infantil.
- Contribuir al cambio de actitud en el comportamiento reproductivo a través del suministro de información, educación y servicios de planificación familiar que fomentan el ejercicio de paternidad responsable y el derecho de regular voluntariamente la fertilidad.
- Contribuir a armonizar el crecimiento de la población con el desarrollo económico de acuerdo con la política expresada en la nueva ley de población.
- Disminuir significativamente la morbilidad materno-infantil.
- Contribuir al bienestar de la familia.

#### PROGRAMA DE SALUD BUCAL.

Objetivos:

General:



Mejorar la salud bucal de los habitantes del país como parte de su salud general, que les permita una activa relación con su medio ambiente y una óptima participación en su transformación.

Específicos:

- Procurar que las instituciones de atención odontológica del país funcionen en forma coordinada en la solución del problema de salud bucal.
- Promover la reestructuración de las diversas secciones de odontología en todas las instituciones de salud y la creación de ellas en donde no existan.
- Realizar investigaciones epidemiológicas sobre enfermedades bucales y estudios de recursos odontológicos.
- Establecer programas preventivos de enfermedades bucales mediante:

Suplementación del agua de abastecimiento público con sales de fluor a nivel nacional, que permita disminuir en 65% la incidencia de caries dental. Método autoayuda, para prevenir de un 100% de paradontopatías y 30% de caries dental. (en población escolar).

Utilización de otros vehículos tales como, sal de cocina fluorada.

- Ampliar y rehabilitar los servicios de atención odontológica y crear otros en zonas desprotegidas utilizando un equipo básico, personal auxiliar con funciones delegadas y óptimo mantenimiento especializado del equipo, según estudios específicos de cada institución, hasta lograr como mínimo, duplicar los existentes en los próximos tres años.
- Intensificar el programa de educación para la salud bucal en todos los niveles.

## PROGRAMA DE SALUD MENTAL.

### Objetivos:

- Valorar la situación real de los desórdenes psiquiátricos existentes en la República Mexicana. (estudios epidemiológicos)
- Promover y preservar la salud mental en la población aparentemente sana, proporcionada la reafirmación del individuo como un ser que desarrolla sus potencialidades específicamente humanas, tales como las artísticas, las recreativas y las de carácter intelectual.
- Prevenir específicamente los trastornos psíquicos y conductuales en la población general.
- Realizar la detección temprana de los casos de alteración de la salud mental, para proporcionar el tratamiento oportuno.
- Rehabilitar a los inválidos psiquiátricos.
- Fomentar personal especializado en relación con los problemas de salud mental, fundamentalmente los médicos psiquiatras.
- Lograr la participación de todos los organismos oficiales y descentralizados que trabajan por la salud mental en los programas específicos como de la farmacodependencia, el del alcoholismo y otros.

## PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA.

### Objetivos:

- Ampliar la cobertura de la asistencia médica integral a toda la población del país, otorgando preferencia a las zonas rurales.
- Lograr la regionalización de los servicios de asistencia médica.
- Crear un sistema nacional de Hospitales.
- Mejorar la administración y eficiencia en los servicios.
- Aplicar los sistemas de atención médica según contactos o niveles.
- Tener servicios eficientes de informática de la asistencia pública.
- Lograr el máximo aprovechamiento de la capacidad instalada y ampliar la existente.
- Formar y desarrollar el personal necesario para los servicios de asistencia médica.
- Lograr la participación de la comunidad en el desarrollo y realización del programa de asistencia médica.
- Actualizar la legislación que fundamentalmente mantenga los propósitos de la asistencia médica adecuada a las necesidades.

#### PROGRAMA DE REHABILITACION.

##### Objetivos:

##### Generales:

- Librar de la invalidez y sus efectos a la población de la República Mexicana.

- Incorporar a los inválidos a la vida activa, económica y social del país.

Específicos:

- Abatir la prevalencia e incidencia de la invalidez en el país.

Prevenir la invalidez evitable.

Limitar el grado de invalidez de los procesos evolutivos invalidantes.

- Rehabilitar integralmente a los inválidos física, psicológica, reductiva, social y ocupacionalmente.

PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL.

Objetivos:

- Mejorar el conocimiento de los problemas y recursos relativos a la asistencia social.
- Sentar las bases generales para una adecuada planificación de los servicios de asistencia social en el país, considerando la interdependencia estructural de los recursos nacionales a todos los niveles.
- Elevar cualitativa y cuantitativamente la aplicación de los programas de asistencia social, promoviendo fundamentalmente la participación de la población para contribuir con esa acción al desarrollo integral de individuos, grupos y comunidades social y económicamente vulnerables.
- Lograr la unificación de criterios a nivel doctrinario, programático y operacional y en la realización de los servicios sociales, asistencia social, determinando su aplicación en el orden público-privado.

## SERVICIO SOCIAL DE ESTUDIANTES Y PROFESIONALES DE LAS DISCIPLINAS PARA LA SALUD.

### Objetivos:

- Incrementar al máximo su productividad del servicio social de pasantes y profesionales en acciones de la salud preferentemente en el sector rural.
- Contribuir con las instituciones de educación en la formación de los futuros profesionales de la salud y en la educación continua de los profesionales del ejercicio.

### 4.2 Programa Contable:

#### Introducción:

La expansión del sector público federal ha hecho cada vez más difícil el control efectivo de sus actividades, de tal forma, que no es posible conocer, en un momento dado, en qué medida los organismos e instituciones que lo integran cumplen con las normas jurídicas y administrativas que deben regularlos, y con qué grado de eficacia alcanzan los objetivos que les han sido asignados.

En diversos instrumentos legales como la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, la Ley Orgánica del Presupuesto de Egresos de la Federación y otros, existen múltiples disposiciones que forman una sólida base jurídica en materia de control macro y microadministrativo.

Las funciones generales de control administrativo del sector público, centralizado y descentralizado, las realizan fundamentalmente tres Secretarías:

A la de la Presidencia corresponde la planeación, coordinación y vigilancia; a la de Hacienda y Crédito Público la elaboración y control del presupuesto y del crédito público; a la del Patrimonio Nacional la vigilancia y control específico del sector descentralizado y de los bienes nacionales.

Existen asimismo, tanto a nivel del sector público federal como en cada una de las instituciones que lo integran, oficinas encargadas del control de sus respectivas actividades y resultados, sin embargo, ni las disposiciones que existen, ni su instrumentación forman parte de un sistema general integrado; en el primer aspecto son frecuentes la dispersión y superposición de normas y por lo que se refiere a los instrumentos que utilizan, se observa una carencia casi absoluta de coordinación.

Gran parte de las deficiencias que existen en materia de control, tienen su origen en el hecho de que la contabilidad, instrumento que tradicionalmente le ha servido de base, no corresponde a los requerimientos actuales de la administración pública en México.

La contabilidad pública, en efecto, opera fundamentalmente como mecanismo de registro de las operaciones internas de las dependencias y, en el mejor de los casos, cumple su papel de instrumento de control microadministrativo y exclusivamente a posteriori.

El carácter rutinario de la mayoría de sus operaciones, limita en gran medida su aprovechamiento como fuente de información para la adopción de decisiones, para el control financiero, físico y administrativo que requieren las entidades del sector público federal y para alimentar a los sistemas de información y estadística.

Es cierto que, en virtud de diversos ordenamientos legales, se han integrado algunos subsistemas contables de carácter sectorial, como el de las instituciones nacionales de crédito, el de las dependencias de gobierno federal y otros, que tiene como núcleos de coordinación a la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros y a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Sin embargo, falta mucho aún para estructurar un modelo, ágil y eficaz sistema de contabilidad que comprenda tanto a las Secretarías y Departamentos de Estado, como a los organismos descentralizados y empresas de participación estatal.

Es necesario establecer las bases sobre las que deberán desarrollarse los nuevos sistemas de contabilidad de las entidades públicas. Para esto resulta indispensable conocer previamente las características y detectar las principales deficiencias de los registros contables del sector público federal. Asimismo, estudiar la posibilidad y conveniencia de

enmarcarlos dentro de un sistema integrado que contemple, eventualmente su inclusión como parte de los sistemas de información y estadística del sector público federal. ( 20 )

Se elaboró el presupuesto 1971-1976, a fin de evaluar el desarrollo de los programas, con la tendencia a implantar, en lo posible, la técnica del presupuesto por programas.

El sistema contable se estructuró, asimismo, para contar con información adecuada permanentemente para simplificar y orientar la toma de decisiones en las áreas de recursos humanos, materiales y financieros. ( 21 )

Este presupuesto fue elaborado por la unidad de programación la cual se creó el 11 de marzo de 1971. Posteriormente, con la reestructuración de la Oficialía Mayor, se consideró conveniente, dadas sus funciones, elevarla a nivel de Dirección, con dependencia directa del C. Oficial Mayor.

Tiene dentro de sus funciones principales, la de asesorar al Titular del Ramo, en el señalamiento de objetivos, planes -- criterios de evaluación para análisis de programas alternativos y participar coordinadamente con la Dirección de Organización y Métodos en la elaboración de trabajos de Reforma Administrativa. ( 22 )

#### MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DEL PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD.

Al iniciarse la actual administración, el C. Titular del Ramo acordó la elaboración del presupuesto Quinquenal 1971-1976, en el que plantean las necesidades mínimas en cada período, tendientes a proteger a la comunidad proporcionándole más servicios y de mayor calidad, acorde al avance científico y tecnológico.

#### Repercusión:

Dicho estudio permitió a la Secretaría, crear una imagen de confianza, que facilitó la obtención de un incremento notable en la asignación anual de recursos, como se puede apreciar en las gráficas correspondientes.

(1.- Redistribución de los presupuestos por dependencias, tomando en cuenta los subpresupuestos de las dependencias Presupuesto 1971-1976; 2.- Subsecretaría de Asistencia y sus dependencias. Presupuesto 1971-1976; 3.- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Inversión Programada. Ver anexo 2. pag. 17, 18 y 19) ( 23 )

El manejo de la información presupuestal, acorde con los trabajos realizados en esta área, sentó bases que en el futuro se utilizarán como indicadores, a fin de evaluar el desarrollo de los programas, con la tendencia de implantar en lo posible, las técnicas del presupuesto por programas.

#### SISTEMA CONTABLE:

Atendiendo a las necesidades de la S.S.A. de establecer un sistema de contabilidad de aplicación general, que unifique el registro, control e información de las operaciones y ejercicio del presupuesto, se elaboró este programa considerando los aspectos financiero y presupuestal que son de atención fundamental en este estudio, y proporcionan la información necesaria para la adecuada toma de decisiones, siendo éstas la base de partida en la división del catálogo de cuentas en:

Cuentas de Balance y Resultado y Cuentas de Orden, subdivididas a su vez en Cuentas de Control Presupuestal y de Registro.

Las Cuentas de Balance atienden al aspecto financiero y se encuentran agrupadas en los siguientes capítulos:

- Fondos
- Existencias
- Otros Activos
- Pasivo
- Patrimonio



Las cuentas de Resultados presentan la aplicación financiera del presupuesto, es decir, las que determinarán los remanentes a los déficits presupuestales al término del ejercicio. Se encuentran divididas en Deudoras y Acreedoras, como sigue:

Deudoras:

- Servicios Personales
- Compra de Bienes para la Administración
- Servicios Generales
- Transferencias
- Adquisición de Bienes para Fomento y Conservación.
- Erogaciones especiales

Acreedoras:

- Presupuesto del Ejercicio
- Otros ingresos.

Por último el Capítulo de Cuentas de Orden en la Subdivisión de Cuentas de Control del Presupuesto, se agrupan:

- Presupuesto Federal Autorizado
- Presupuesto del Subsidio del Patrimonio
- Presupuesto de Cuotas de Recuperación
- Presupuestos Experimentales.

Este subcapítulo representa dentro del sistema propuesto al área de la contabilidad presupuestal, obteniéndose un control adecuado del manejo y administración del presupuesto.

En la subdivisión que corresponde al grupo de Cuentas de Registro, encontramos las siguientes:

- Modificaciones Presupuestales Solicitadas

- Erogaciones Recobrables
- Ingresos por Cuotas de Recuperación
- Ordenes de Pago expedidas.
- Comprobaciones Pendientes
- Documentos en Pagadurías
- Responsabilidades en Depuración.

El manejo de estas cuentas representa el recordatorio y control de operaciones colaterales entre las áreas financieras y presupuestales.

Sin embargo, estas cuentas se abrirán considerando la conveniencia de adecuarlas a las necesidades de control que se estimen necesarias para cada una de las dependencias, incluso se podrán otras que sean de utilidad en el manejo de la documentación generadora de las operaciones contables.

Este sistema facilitará la consolidación de los estados financieros que en un futuro nos permita dar a conocer a las autoridades cómo se ejerce el presupuesto federal en esta Secretaría.

#### GENERALIDADES:

Las características de la contabilidad gubernamental, son las siguientes:

- Es una Contabilidad Pública, porque en ella se registran los derechos y obligaciones de organismos públicos.
- Es una Contabilidad Administrativa, por registrar en ella la obtención de los recursos y las obligaciones contraídas para hacer frente a las necesidades gubernamentales, sin buscar en ella utilidad o pérdida.
- Es una Contabilidad Especial, tomando en cuenta, que en ella se agrupan los principios generales y procedimientos, en este caso, aplicables a organismos gubernamentales para el registro sistemático de todas las operaciones que pue-

den llevar a cabo la Administración Pública y poder suministrar la información periódica, verídica y oportuna relativa a las operaciones efectuadas.

#### OBJETIVOS:

Siendo una dependencia oficial la utilizada para efectuar el siguiente estudio, los objetivos perseguidos serán aquellos que tiendan a mejorar, en cierta forma, la Administración Pública. Entre los principales objetivos, se pueden considerar los siguientes:

- Satisfacer el precepto constitucional de rendir la cuenta pública anual. (Art. 65 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos).
- Comprobar en cualquier momento que los fondos públicos se están usando adecuadamente.
- Mostrar que los ingresos y gastos públicos se efectúan conforme a las disposiciones legales.
- Utilizar la contabilidad como instrumento de las autoridades respectivas, para evaluar, analizar y dirigir la marcha de los programas.
- Facilitar a las autoridades superiores y a los funcionarios encargados de la formulación y comprobación de los presupuestos, la información exigida para la formulación de programas de gastos y de estimación de ingresos.
- Servir para consolidarse con las operaciones de las diversas partes del sector público y contribuir a la formación de las cuentas nacionales y de la formulación, en su caso, del presupuesto económico nacional.

#### BASES PARA LA IMPANTACION DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD EN UN ORGANISMO OFICIAL:

La base para la implantación del sistema de contabilidad, será el presupuesto de egresos, que es el origen de los ingresos con los cuales se pretende cubrir las necesidades de los establecimientos.

## EVALUACION:

Este sistema, al mecanizarse permitirá contar con la información actualizada en forma permanente, que simplificará la toma de decisiones en las áreas de recursos humanos, materiales y financieros. El sistema diseñado puede ser aplicado en cualquier dependencia del ejecutivo, siendo adecuado para llevar la contabilidad y producir inclusive estados financieros.

### 4.3 Programa Estadístico:

#### Introducción:

El conocimiento de la situación de salud que observa la población del país, se obtiene a través del análisis que de los informes parciales reúnen las instituciones en un momento de terminado; generalmente se analiza la información existente de los daños a la salud y básicamente la mortalidad. Ocasionalmente logran información estimada de los recursos en forma global y no siempre corresponde a la misma época, lo que dificulta su análisis y ésto, le resta utilidad.

La información de los servicios médico-asistenciales proporcionados por la Subsecretaría de Asistencia, son elaborados a nivel institucional, siguiendo criterios que impiden en ocasiones la comparabilidad.

La población se conoce a través del registro continuo de nacimientos y defunciones que, a pesar del avance alcanzado, adolece aún de la falta de precisión necesarias, y por ello tienen que realizarse cálculos para estimarla.

Unicamente por medio de la información censal, se obtienen otros conocimientos de la dinámica y características de la población.

Partiendo del concepto actual de que la salud es un fenómeno que resulta de la interacción del medio y agentes patógenos sobre el hombre, consecuentemente es preciso conocer lo que sucede en los demás campos para explicarnos nuestra realidad así como que aquellos requieren conocimientos de la situación de salud, para lograr armonizar los planes, proyectos y programas que en forma global requiere el país para conseguir su desarrollo económico y social.

Lo anterior refleja nuestra realidad dentro del sector salud donde concurren gran número de dependencias oficiales, de la seguridad social, privadas y otras, que sin estar plenamente destinadas a la producción de bienes y servicios para la salud, participan en forma significativa en este campo.

Considerando lo anterior en estos momentos es difícil conocer, aún más explicarnos nuestra realidad en el sector salud.

Por lo tanto, en una primera aproximación se tendrían que definir las estadísticas sanitarias que se desean obtener, así como sus características.

#### DEFINICIONES Y CONCEPTOS:

En un programa estadístico, se contemplan las siguientes definiciones:

##### Estadísticas Vitales:

Son aquellas que permiten conocer la dinámica del crecimiento de la población, identifica dentro de sus eventos los nacimientos, causas y frecuencia de enfermedad y defunción, su distribución espacial y por grupos de edad, así como las características de estos eventos dentro de los grupos económicos, sociales y ramas de actividad.

##### Estadísticas de Recursos para la Salud:

Son aquellas que permiten conocer la cuenta de los recursos y su distribución espacial.

Explicación: Los recursos físicos serán conocidos por el número de unidades existentes para la atención de pacientes ambulatorios y hospitalizados. Comprenderá las unidades individuales y las colectivas establecidas, cualesquiera que sea su denominación.

Las unidades existentes para la atención de enfermos que requieran hospitalización, comprenderá los Hospitales Generales y de Especialidades que en la actualidad tiene la Subsecretaría de Asistencia.

Los recursos del número de camas y su distribución de acuerdo con los servicios médicos que prestan a la comunidad, así como las unidades de diagnóstico y tratamiento existentes. Sería prudente contemplar algunas unidades de apoyo administrativo y de servicios generales.

Aunque sería deseable conocer el inventario de los recursos de mobiliario y equipo existentes, un primer paso consistiría en uniformar los criterios para los catálogos institucionales, y realizar a fin de cada año la actualización de sus inventarios.

Es necesario conocer el número y tipo del personal de la salud, identificando el número que participa en una y más instituciones, así como el tiempo que dedica a la atención de la población de las dependencias de la Subsecretaría de Asistencia.

#### Estadísticas de Servicios:

Son aquellas que permiten conocer la cuantía de actividades finales que las instituciones de salud entregan a la población:

Se integran fundamentalmente por:

- Consultas de primera vez y subsecuentes que se proporcionan en las divisiones de Cirugía, Medicina General, Gineco-Obstetricia y Pediatría. Deben contemplarse las de especialidad, seleccionando aquellas que son necesarias para los programas de enfermedades específicas, como diabetes, desnutrición, planificación, etc.
- Egresos Hospitalarios en los Hospitales Generales y de Especialidades. Podrían contemplarse los egresos de las cuatro divisiones básicas: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría, así como las especialidades que se seleccionan.
- Personas inmunizadas, aquellas que recibieron en forma completa las inmunizaciones, siguiendo su respectivo esquema para considerarlas desde el punto de vista técnico, protegidas físicamente.

Esta información debería integral de tal manera, que en forma particular las instituciones de salud conozcan la cobertura de sus servicios, contemplándola con la población que deben o deberían atender. Se captaría con este criterio para poder utilizarla en planificación y regionalización de los servicios.

#### Estadísticas de Costos:

Son aquellas que permiten conocer los recursos económicos destinados a la atención de la salud y su destino en grandes rubros de servicios personales, alimentación medicamentos, gastos de administración y otros que se determinen.

#### CONCLUSION:

Específicamente en la Subsecretaría de Asistencia, se lleva un tipo de estadística indicativa de los renglones más importantes para la planeación de los servicios que presta, como son los días estancia, demanda de servicios, egresos e ingresos hospitalarios, pues la demás información la captan otros organismos como lo es la Secretaría de Industria y Comercio por medio de la Dirección General de Estadística, otros organismos descentralizados como el ISSSTE y el Seguro Social. Dentro de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la encargada de recopilar la mayor parte de la información médica, es la Dirección de Bioestadística, unidad dependiente de la Subsecretaría de Salubridad.

Por todo lo anterior, podemos afirmar que en la Subsecretaría de Asistencia no se lleva un programa estadístico como el que se describe en las páginas anteriores, pero sí realiza de alguna manera funciones estadísticas en vías de lograr una mayor información estadística, como lo es la captación y adiestramiento de recursos humanos en el país y fuera de éste, principalmente en países latinoamericanos, facilidades para aplicar estas técnicas previamente analizadas y probadas en nuestro contexto hospitalario, así como captación, estudio y análisis de las estadísticas que se publican en algunas dependencias públicas y oficiales.

#### 4.4 Programa de Mejoramiento Administrativo

##### Introducción:

"Dentro del marco de nuestro desarrollo, cobra particular relieve la Reforma Administrativa emprendida en el sector público al iniciar sus tareas al actual gobierno; reforma que tiende fundamentalmente a revisar y corregir las prácticas viciosas y anticuadas y a crear una estructura más dinámica, apropiada y eficiente en todos los asuntos oficiales, así como sujeción a los programas de acción gubernamental". (23)

En la Secretaría de Salubridad y Asistencia; su titular ha querido que se cumpla tanto con la doctrina como con los procesos, la Reforma Administrativa, con la búsqueda y aplicación de las medidas más adecuadas y convenientes para dar una base sólida a todas las acciones que programen para la Reforma en los servicios de atención médica.

La Reforma Administrativa forma parte de las transformaciones básicas para impulsar el desarrollo económico, social, cultural y político del país.

#### PROGRAMA GENERAL DE MEJORAMIENTO ADMINISTRATIVO Y ELEVACION DE LA PRODUCTIVIDAD EN SERVICIOS ASISTENCIALES.

##### Mejoramiento Administrativo:

##### Antecedentes:

El Programa de Mejoramiento Administrativo en las dependencias de la Subsecretaría de Asistencia, inició sus actividades en el mes de Febrero de 1972, mediante la aplicación de técnicas administrativas que mejorarán el uso de los recursos disponibles.

##### Unidad Encargada del Programa:

La unidad encargada de llevar a cabo el programa, tenía como norma de acción, estudiar todo el universo de trabajo de una organización, a través de muestras, que reunieran las características totales, haciendo previamente un análisis -



técnico de las operaciones, los procedimientos, las funciones, las políticas y los programas de trabajo, utilizando el enfoque operativo del proceso administrativo como instrumento principal.

La implantación del enfoque operativo del proceso administrativo quedó a cargo de un grupo de estudios administrativos, dependiendo jerárquicamente de la Asesoría Técnica de la Subsecretaría de Asistencia, cuyo objetivo era y es, revisar, analizar y adecuar los mecanismos administrativos de una organización, a fin de elevar la eficiencia de una unidad administrativa.

Las Funciones del Programa fueron y son:

Generales:

Estudiar y analizar la estructura orgánica y su funcionamiento, y en su caso, adaptar o modificar sistemas que permitan llevar la eficiencia de una unidad administrativa.

Conocer los objetivos, políticas y funciones, procedimientos sistemas y métodos de trabajo ajustándose a los objetivos de la organización.

Específicas:

Analizar la estructura y funciones de cada unidad integrante de la estructura general, en sus aspectos técnicos y administrativos, sugiriendo las medidas que procedan.

Estudiar los métodos de operación y sistemas de información, recabando datos que permitan llevar a una evaluación.

Analizar el flujo de información de los diferentes niveles.

Formular Manuales Administrativos que incluyan lo necesario para operar los sistemas o vigilar su aplicación para mantenerlos actualizados.

Proponer las medidas correctivas que procedan y

Asesorar a las oficinas en la integración de los nuevos métodos.

Elaborar programas de implantación y diseñar instrumentos de control.

#### Recursos Humanos:

Para la implantación del programa se requieren técnicos y profesionales en administración, básicamente analistas en administración para recopilar y analizar la información, a fin de presentar opciones de solución, asesoramiento e implantación.

Los analistas se reclutaron entre los pasantes de Administración Pública y Empresas, seleccionándose con base a cuestionarlos de conocimientos generales de administración y otras disciplinas relacionadas con la administración, quedando la integración del grupo en la forma siguiente:

Un Coordinador de Grupo. (Lic. en Administración Pública)  
Dos Analistas de Organización. (Pasantes de Administración Pública).  
Dos Analistas de Administración. (Pasantes en Administración de Empresas).  
Un Coordinador a Nivel Intermedio. (Lic. en Derecho, con Postgrado en Administración Pública).

Los servicios de Apoyo que se proporcionaron al grupo fueron:

Tres Secretarías Taquígrafas.  
Un Dibujante por Horas.  
Dos Auxiliares Administrativos.

#### Metodología Utilizada:

La metodología utilizada en la reorganización de las unidades de la S.S.A., es la técnica denominada "Proceso Administrativo", con lo cual se busca conformar un panorama general de la organización y funcionamiento de las dependencias administrativas de la Subsecretaría de Asistencia, considerando planes y programas de trabajo adecuados al objetivo general de la organización.

La utilidad del Proceso Administrativo se concentra en investigar, a través de sus elementos en una situación administrativa, o detectar las causas por las cuales no se cumple con este proceso dinámico de la administración.

Estos elementos son simultáneos e interactuantes.

Su utilidad esencial es el hecho de corresponder a un proceso circular que permiten un nuevo planteamiento de los sistemas.

Se eligió este enfoque como instrumento principal ya que se consideró el más adecuado para realizar estudios integrales administrativos en la realidad en que vivimos.

#### Instrumentos Utilizados:

Además de la técnica del Proceso Administrativo, esencial para los estudios realizados, se utilizaron los siguientes instrumentos de análisis de elaboración exclusivamente de la Subsecretaría de Asistencia:

- Guías para elaborar Diagnósticos.
- Lista de Comprobación de Observaciones.
- Organogramas.
- Fluxogramas.
- Análisis y Distribución de Puestos.
- Entrevistas.
- Cuestionarios.
- Investigación Documental.
- Análisis y Distribución de Espacios.
- Análisis y Diseño de Formas.

Dependencias en las que se realizaron estudios administrativos:

- Dirección General de Rehabilitación.

- Dirección General de Asistencia Médica.
- Dirección General de Salud Mental.
- Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil.
- Laboratorio Central de Reactivos.
- Unidad de Cuadros Básicos de Medicamentos.
- Dirección de Enfermería.
- Dirección de Trabajo Social.
- Dirección de Odontología.
- Campaña Nacional Contra el Cáncer.

Con todos los casos los estudios se realizaron tomando como base un programa de trabajo general, del cual se derivaban programas específicos, esto trajo como consecuencia que el programa general no se cumpliera íntegramente.

En el año de 1975 se formuló un plan, que es consecuencia de la reunión de programas específicos, el cual, busca cumplir con dos necesidades que he considerado básicas; la primera, capacitar al grupo de estudios de mejoramiento administrativo y la segunda, darle una organización interna al equipo, más acorde con las necesidades actuales de la Subsecretaría de Asistencia.

Los Objetivos planteados por el grupo para cada estudio, fueron:

General:

Coadyuvar al mejoramiento administrativo de las dependencias de la Subsecretaría de Asistencia, asesorando a sus unidades en aquellos aspectos que permitan elevar la eficiencia de los servicios médico-asistenciales.

Específicos:

Servir de enlace directo entre la Subsecretaría de Asistencia y la dependencia en estudio, en el campo técnico-administrativo a través de sus respectivas asesorías.

Extender el programa de mejoramiento administrativo de cada dependencia hacia sus unidades aplicativas.

Asesorar en el campo administrativo a las Direcciones Generales y Unidades aplicativas.

Actualmente se ha adicionado otros objetivos colaterales para el grupo, éstos son:

Realizar estudios de mejoramiento administrativo en las dependencias de la Subsecretaría de Asistencia que no han sido estudiadas.

Reestructurar el grupo de estudios de mejoramiento administrativo de la Asesoría Técnica.

Capacitar a los integrantes del grupo en el uso de técnicas administrativas adecuadas a la Subsecretaría de Asistencia.

#### Metodología del Trabajo:

#### Puntos Básicos:

En las diversas dependencias de la Subsecretaría se integran grupos de trabajo con elementos del grupo de mejoramiento administrativo, que eventualmente se complementan con recursos locales.

Los Coordinadores del grupo de mejoramiento administrativo realizan en conjunto, independientemente de su adscripción, un estudio integral de las dependencias en estudio.

El análisis y presentación de resultados, será responsabilidad de cada Coordinador en el lugar de estudio.

Se realizan juntas periódicas para evaluación.

#### Logros:

Se especifican los logros alcanzados por el grupo, en cada uno de los estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

CAPITULO V.

- (1) Plan Nacional de Salud. Antecedentes. Vol. 1  
México, S.S.A., 1974.
- (2) García, Pelayo y Gross Ramón.  
Diccionario Pequeño Larousse.  
Madrid, Ed. Noguer, 1974. P. 723
- (3) Folleto. Serie "La Empresa"  
México, Ed. Secretaría de Industria y Comercio  
1974. P. 11
- (4) Lazzaro Víctor.  
Sistemas y Procedimientos: Un Manual para los  
Negocios y la Industria.  
México, Ed. Diana, 1972. P. 50
- (5) Ibidem, Pág. 50
- (6) Ibidem, Pág. 51
- (7) Ibidem, Pág. 51
- (8) Ibidem. Pág. 52
- (9) Ibidem, Pág. 50
- (10) Ibidem, Pág. 50
- (11) Ibidem, Pág. 11
- (12) Ibidem, Pág. 11
- (13) A. Johnson Richard.  
Teoría, Integración y Administración de Sistemas.  
Pág. 34

- (14) Ibidem, Pág. 35
- (15) Ibidem, Pág. 35
- (16) Ibidem, Pág. 36
- (17) Ibidem, P.p. 40 - 41
- (18) Revisar Capítulo III de esta obra.
- (19) Plan Nacional de Salud. 1974-1976. 1977-1983  
Volumen II  
México, S.S.A., 1974. P. 147
- (20) Bases para el Programa de Reforma Administrativa  
del Poder Ejecutivo Federal.  
Reorganización de los Sistemas de Control Adminis-  
trativo y de Contabilidad Gubernamental. Pág. 163
- (21) Dinámica de la Reforma Administrativo. Téxtos y  
Gráficas.  
México, S.S.A., 1975. P. 7
- (22) Ibidem, Pág. 20
- (23) Ibidem, P.p. 93-105.
- (24) Boletín de Estudios Administrativos No. 3  
Secretaría de la Presidencia.  
Centro de Documentación de la Dirección de  
Estudios Administrativos.  
México, 1972. P. 45.



## CONCLUSIONES Y COMENTARIOS PERSONALES.

Se planteó como objetivo 1, lo siguiente:

Describir la situación actual del Sistema de Salud en México.

Incluyo, para lo cual, tres hipótesis que fueron investigadas, a saber:

- A) No existe en México un solo sistema de salud, más bien por lo menos hay cuatro sistemas muy bien definidos, cada uno con sus propios recursos y su propia problemática y procedimientos de responsabilidades.

Esta hipótesis fue confirmada parcialmente con el estudio, ya que se corroboró la existencia de varios sistemas de salud que coexisten en nuestro medio, tales como:

- a) El sistema privado
- b) El sistema militar
- c) El sistema centralizado
- d) El sistema descentralizado.

Además de otros que podemos llamar "subsistemas de salud", puesto que pertenecen a alguno de los sistemas gubernamentales dependientes directamente de la Federación o del sector paraestatal, como por ejemplo las unidades hospitalarias de Ferrocarriles Nacionales, Pemex, del Departamento del Distrito Federal, etc.

Esta hipótesis se comprobó en la segunda parte, cuando mencionaba: cada uno con sus propios recursos y su propia problemática y procedimiento. Ya que pudimos darnos cuenta que las dependencias del sector salud son muchas y por lo mismo difíciles de controlar en todos sus aspectos. Por ahora son parcialmente controladas en su parte normativa-médica, aunque hay grandes excepciones.

Por lo que se refiere al control de las operaciones, definitivamente, cada uno de los sistemas de gobierno según sus propios intereses y políticas en vigor, emanadas de las autoridades superiores. La operación de los sistemas se coordina en sus acciones en el sector del gobierno, tanto central como descentralizado, en esto poco o nada aparece la acción de los sistemas no gubernamentales de salud.

A través del estudio se pudo comprobar, por último, que cada sistema obedece a diferentes postulados de funcionamiento y por lo mismo los objetivos de la salud, teóricamente los mismos, se ven modificados de acuerdo a quien los aplique. Las estructuras de organización son muy distintas en cada sistema; los recursos disponibles y empleados se ven influidos por los factores señalados, ello como una consecuencia natural de la falta de coordinación en todos los sentidos de los sistemas mencionados.

La segunda hipótesis de trabajo que se incluyó en el objetivo número uno se enuncio como sigue:

B) "La unificación de los sistemas de salud en México ha dado los primeros pasos desde el punto de vista legal, pero la integración administrativa y técnica será una solución a largo plazo".

El contenido de esta hipótesis, podemos decir, que se trató de comprobar a través de nuestra investigación, después del manejo de la información y de algunos índices al alcance de nosotros; podemos decir que ha habido y hay actualmente bases derivadas de varios intentos para unificar a los diversos sistemas de salud que existen en México, una prueba de ello es la creación de la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, creada en marzo de 1964 por disposición del Ejecutivo Federal, presidida por el Secretario de Salubridad y Asistencia y formando parte de ella, los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, con la finalidad básica de evitar duplicaciones innecesarias y el aprovechar oportunamente los recursos disponibles para la salud.

En cuanto a la integración administrativa y técnica de los diversos sistemas de salud en México, considero que es factible, aunque a largo plazo pues coexisten diversos intereses de toda índole que impiden la total integración de los sistemas. Actualmente, esta Comisión Mixta ha desaparecido en su lugar se ha creado una nueva Subsecretaría de Planificación, dependiente directamente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Existen muy bien fundamentadas y paradójicamente bastante atacadas otras soluciones y/o alternativas para alcanzar la total integración de los sistemas de salud de nuestro país. A manera de ejemplo mencionamos dos de los más conocidos:

Por un lado se ha pensado en la creación de una "Supersecretaría" de Estado dependiente directamente del Poder Ejecutivo, que integre todas o cuando menos la mayoría de los sectores que laboran en favor de la salud, estos son: la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el ISSSTE., y los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. Pero el sólo hecho de considerar una unidad encargada del manejo de este gran engranaje económico y técnico acarrearía como consecuencia un poder quizás demasiado grande dentro de la esfera de la administración pública en México, principalmente el aspecto sindical representaría al sistema político mexicano un gran problema derivado de la complejidad consecuente en las relaciones laborales con esa entidad.

Existe también el criterio contrario, o sea el de crear nuevas organizaciones del sector salud dependientes todas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, normativamente, como lo debieran de ser el IMSS, el ISSSTE; esto, se dice, para no crear una estructura gigantesca que por su gran dimensión sea a la vez inoperante por su compleja estructura, así como por su compleja funcionalidad. Esta solución de integración basa su funcionamiento en la existencia de una buena administración; como ejemplo podemos mencionar el Plan Nacional de Salud de 1973-1980, serio intento de coordinar a todos los sectores de la salud en México, plancando su acción en base a la finalidad de las especialidades médicas de nuestras instituciones.

Finalmente, dentro del primer objetivo se insertó la investigación de una tercera hipótesis de trabajo, que a la letra decía:

C) "Al mejorar los índices y tasas de salud en general, el país estará en mejores condiciones de alcanzar sus etapas superiores de desarrollo económico".

El solo enunciado de esta hipótesis creo que constituye en sí una realidad y una finalidad dado nuestro nivel de desarrollo.

Conscientes de que la vida, la salud y la seguridad social - constituyen un derecho fundamental de los hombres, que generan a su vez la responsabilidad plenaria para preservar, fortalecer y desarrollar todo lo que implica el mejoramiento del individuo, de la familia y de la sociedad; de tal forma que, la salud es el patrimonio máspreciado de los pueblos, insustituible en el desarrollo económico y social de cualquier país del mundo. El mejoramiento de los índices de salud en general de un país se manifiestan por la capacidad de los hombres de ser cada vez mejores y más aptos para la vida en la sociedad a cuyo servicio han de aplicar sus esfuerzos, inteligencia y voluntad. "La salud es un producto origen y consecuencia del desarrollo global. Un pueblo enfermo no alcanza la plenitud de sus facultades productivas. La salud es esencial para el bienestar del hombre". Estos conceptos responden a las metas señaladas en el Plan Nacional de Salud de nuestro país.

Así que podemos afirmar que a través de nuestro estudio comprobamos el contenido de esta hipótesis y que hablando en cifras sobre el mejoramiento de los índices y tasas de salud hemos corroborado que el descenso importante de los dos últimos decenios de la morbilidad general pasó de 25.2 en 1940 a 9.0 por 1,000 habitantes en 1972; en tanto que la tasa de natalidad, crecido ligeramente en los últimos 34 años; en 1940 fue de 44.5 por 1,000 habitantes y para 1974 llegó a 48.0. La esperanza de vida, o sea, la duración probable de la vida al nacer, al principio de siglo se calculaba en 27.6 años; para 1940 se estimó en 39 y en 1973 llegó a 63 años, esto nos da una muestra de la mejoría de las condiciones de vida de los habitantes de México al rebasar el doble de la esperanza de vida de principio de siglo. (Datos oficiales de la S.S.A.)

Como planteamiento del objetivo 2, tenemos lo siguiente:

"Analizar el papel que juega el administrador público dentro de la administración de la salud".

Al igual que la anterior, consta de tres hipótesis que fueron investigadas, a saber:

A) En la actualidad los profesionales de Ciencias Políticas y Administración Pública, no han asumido cargos de gran responsabilidad en el sector salud, ya que se les ha utilizado en niveles de analistas o de asesor en asuntos administrativos propios del sector.

Tal hipótesis se comprobó al reconocer mediante el estudio de lo planteado y obedece en primer lugar a que existen muy pocos Licenciados en Ciencias Políticas y Administración Pública. Y segundo, pocos egresados de nuestra carrera se han comprometido en los aspectos del sector salud. Tercero, nuestra carrera es muy joven aún para competir con carreras como la de Medicina Derecho, Ingeniería, etc., las cuales tienen un status social ampliamente reconocido y cuarto; actualmente tienen delimitado un ámbito específico de acción dentro de la propia Administración Pública.

Si los profesionales de la Administración Pública no han obtenido los puestos de dirección en la toma de decisiones en el sector salud, ello es debido primordialmente a que no se ha llegado a percibir su importancia en el manejo de los recursos y la utilización de las técnicas adecuadas para elevar los niveles de eficiencia en la organización administrativa.

- B) "La existencia de 6,000 establecimientos de la atención médica en el país es una fuente inexplorada de trabajo para los profesionales en Ciencias Políticas y Administración Pública"

Esto nos da una idea de posibilidades de desenvolvimiento para los profesionales de la carrera en el sector salud y la necesidad de éstos a través del estudio, ya que en todos los establecimientos de salud existen pocos profesionistas de nuestra especialidad; no llegan a un número mayor de cinco, esto me llamó la atención ya no tanto en los niveles en que laboran, lo cual es otro problema a analizar; sino por la participación en el sector salud de los egresados de nuestra especialidad y la poca importancia que se le brinda en este ámbito.

Si bien es cierto que las unidades aplicativas del sector salud (llamamos así a los Hospitales y Clínicas), siempre son manejados o administrados por médicos cirujanos y/o con alguna especialidad, a la cual le dedicaron gran parte de su vida. Si tomamos en cuenta que para ser médico general o con alguna especialidad, se tiene que estudiar 6 años de primaria, 3 de secundaria, 3 de preparatoria, 5 de facultad, uno de servicio interno (en caso del médico general), o sea, en total 18 años. Y si realiza una especialidad, ya sea Gineco-obstetricia, Traumatología, Cardiología, etc., son un año de RR (residente rotatorio), un año de R1, un año de R2 y un año de R3, o sea 4 años más, lo cual totaliza 22 años. Esto es, que este médico, después de vivir en el Hospital y obtener su especialidad, de premio le dan un puesto administrativo, ya sea como jefe de una unidad Hospitalaria, jefe de piso o jefe de división y cuando no, los nombran subdirectores administrativos o subdirectores médicos, resultando que todo lo que estudió poco le sirve para realizar las actividades que debe desempeñar al frente

de estos puestos, ya que estos requieren conocimientos de administración hospitalaria, actualmente muy desatendida, sobre todo en el sector oficial, teniendo que recurrir a servicios profesionales particulares para actualizarlos en administración pública. Por todo lo expuesto anteriormente pienso que se confirma la hipótesis y existe un gran campo de acción para todos aquellos egresados de la especialidad de Ciencias Políticas y Administración Pública, para mejorar la salud pública mediante una buena administración hospitalaria con gente que esté capacitada y conciente de lo que es administración científica o técnica, creando o aplicando modelos teóricos en base a nuestra realidad nacional evitando los empirismos que se quedan en buenas intenciones sin lograr la eficiencia y eficacia de los servicios para la salud.

- C) "El administrador público es el elemento más idóneo para mejorar problemas de salud pública, ya que su preparación y formación le permite tener una visión más amplia de las condiciones y problemática social, económica y política del país".

Aunque no llegamos a comprobar íntegramente las consecuencias de nuestra hipótesis, debido a que hasta la fecha ningún profesional de la especialidad en Administración Pública se ha desarrollado en un puesto de alto nivel en la toma de decisiones en el sector salud lo cual no nos permitió corroborar en la práctica el grado de utilidad de nuestra disciplina en dicho sector.

Sin embargo, las tendencias actuales hacia la especialización del trabajo y la coordinación de los esfuerzos multidisciplinarios en la consecución de los objetivos de toda organización moderna, habrán de ser los factores que permitan al Administrador Público profesional, actuar eficazmente dentro del sector; creo que llegará el momento en que sea el Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública un elemento idóneo para manejar problemas de salud pública, pues actualmente el poder técnico y administrativo así como el político de este sector, se encuentra en manos de Médicos. Este sector es tan difícil de administrar, que ha permitido a últimas fechas la integración de profesionales de otras especialidades.

Pero en la medida en que nosotros exijamos la participación con la entrega y vocación como lo han hecho administradores públicos en otros años, en ese momento estaremos trabajando para conseguir el reconocimiento del Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública, dentro del sector salud, con consecuencias que esperamos sean positivas para la población en general.

Como tercer objetivo planteamos lo siguiente:

"Promover el desarrollo administrativo a nivel científico del sector salud en todo lo que se refiere a la administración del servicio en todos los niveles de salud (referidos al ámbito de la Subsecretaría de Asistencia)."

Incluyendo tres hipótesis que fueron investigadas y son a saber:

- A) "El sector salud en general, requiere de la participación de profesionales de las Ciencias Políticas y la Administración Pública en todos los ámbitos de trabajo".

Esto lo confirmamos en el presente estudio y por experiencia propia al convivir algún tiempo en este sector, participando de su gran problemática tanto técnico-médica como administrativa. Pudimos percatarnos de la necesidad de los egresados de nuestra especialidad no nada más como analistas, consultores o asesores, sino también como ejecutivos dentro de los organismos, ya que toda la administración de la salud carece de profesionales en Administración Pública y Ciencias Políticas; si esto se consiguiera, lograríamos mejorar los aspectos técnicos de la administración, así como un buen manejo de la información, y naturalmente de los asuntos de tipo político, económico y social. Estas características relativas a la formación profesional del administrador público, le permiten contar con los instrumentos necesarios tanto para la actualidad organizativa en la optimización de los recursos, así como llevar a cabo una práctica social, lo suficientemente amplia para responder eficazmente con las demandas del medio ambiente que privan en el sector salud. Podemos confirmar que existe la necesidad de más profesionistas y en este caso nos avocamos a la especialidad que estudiamos o sea a la de Ciencias Políticas y Administración Pública.

Si tomamos en cuenta el número de establecimientos normativos; la Secretaría de Salubridad y Asistencia; Subsecretaría de Asistencia; Subsecretaría de Salubridad; Subsecretaría de Planeación, las cuales planean la forma de trabajo, en donde se establecen las políticas de operación, en donde se fijan las metas y se promueven los programas en donde se toman las decisiones del sector salud. Además existen Direcciones Generales, integradas por Departamentos, Oficinas y en las cuales hace falta apoyo y reforzamiento del enfoque del Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública en la elaboración y revisión de programas, de fijación de lineamientos técnicos, políticos y sociales, etc., así como un número elevado

de establecimientos (hospitales, clínicas, centros, granjas, etc.) que necesitan de administradores con carrera y preparación técnica, con visión política, con sentido social, etc., tomando en cuenta el tiempo que han funcionado empíricamente por falta de recursos entre otros el factor humano, etc., y que existen instituciones descentralizadas tan grandes como el IMSS, y el ISSSTE con las mismas necesidades, comprobamos por todo esto, que realmente se requiere y con urgencia, la participación de profesionales de Ciencias Políticas y Administración Pública. La validez de tal hipótesis quedó plenamente comprobada, toda vez que se pone de manifiesto contar con personal especializado en el área administrativa del sector salud.

"Actualmente es necesario que desde la preparación del pregrado, las universidades del país preparen personal administrativo especializado, que colaborará en situaciones favorables con los demás elementos que se encuentran laborando en el sector salud".

- B) Se confirma tal hipótesis ya que se manifiesta la necesidad de contar con gente especializada en el área administrativa del sector salud, en este caso los médicos que aparte de su especialidad funcionan como entes administrativos.

Actualmente la necesidad ha hecho posible que en la Facultad de Comercio y Administración se imparta una área de Administración Hospitalaria y en la Escuela de Salud Pública dependiente de la S.S.A., existe una maestría de Administración de Hospitales; pero todas son maestrías o estudios de Postgrado; negándose la información administrativa en los niveles de pregrado a los estudiantes de Medicina, a futuros médicos administradores, ya que todos hablaríamos el mismo lenguaje y podríamos acelerar el cambio de los procedimientos caducos y obsoletos de la administración hospitalaria.

- C) "Se requiere que las universidades del país enseñen en su currícula profesional las asignaturas y módulos de administración de salud, administración de hospitales, etc., ya que actualmente este tipo de actividades son desarrolladas fundamentalmente por médicos sin preparación específica".

Esta hipótesis se confirma y no se contrapone con lo anteriormente expuesto; al contrario, se reafirma tal necesidad si en un momento histórico del país por razones de naturaleza política, el profesional de la medicina ha asumido cargos de naturaleza administrativa, que quizá se justificaban en el pasado, pero ahora no podemos aceptar esto, ya que existen elementos



(administradores de empresas, administradores públicos, técnicos en administración) que pueden resolver tales problemas sin ser obstáculos para el desarrollo y mejoramiento de los servicios que en salud pública presta el gobierno mexicano a la ciudadanía.

Como objetivo cuarto se plantea lo siguiente:

"Ubicar el papel que juega la Subsecretaría de Asistencia como órgano normativo a nivel nacional de la salud en México".

Al igual que los otros objetivos consta de tres hipótesis que fueron investigadas a saber:

- A) "La Subsecretaría de Asistencia como parte de la S.S.A., es un órgano normativo de un sector muy importante de la salud, ya que controla la prestación de servicios de asistencia médica y social, así como materno-infantil en las capas de población económicamente más desprotegidas".

Así nos encontramos con un pequeño problema. Si bien es cierta que la Subsecretaría de Asistencia es un órgano importante por ser normativo de un subsector (facultad legalmente estatuida), nos percatamos de que la realidad es otra, puesto que podemos pensar que es una unidad la cual no llega ni siquiera a controlar el área de salud metropolitana y todo esto porque compete con otras instituciones tan fuertes como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el ISSSTE., entre otras, y aunque están sujetas a la política de la Subsecretaría de Asistencia de la S.S.A., la verdad es de que no la observan y pasan por alto muchos aspectos técnico-médicos. También es verdad que debido a su posición económica tienen más integración de recursos de todo tipo, de más calidad incluido el recurso humano, lo cual ha hecho que tengan una mejor administración y mejores sistemas de atención médica consideradas con las de la S.S.A. éstas últimas llegan a ser mediocres e inadecuadas, de ahí, que no pueden muchas veces acatar los lineamientos de una Subsecretaría muy precaria en sus sistemas ya que implicaría dar marcha atrás o dicho de otra forma, no trabajan al mismo ritmo; mientras una lleva un ritmo uniformemente más acelerado en base a más recursos, otra va a un ritmo muy lento, dando trapiés -- por la poca cantidad y baja calidad de sus recursos; otro factor que interviene y considero muy importante, es que mientras el Seguro Social atiende al 28% de la población total y el ISSSTE al 18%, la Secretaría de Salubridad y Asistencia atiende al otro 54% de la población total y en muchos casos a más; ya que es frecuente que muchas personas derechohabientes del ISSSTE o del IMSS, para estar más seguros de un diagnóstico médico también solicitan los servicios de un Hospital General, quizás por el prestigio de este centro, esto es, también recurren a

La S.S.A.

Esto por lo que toca al ámbito metropolitano.

En el área estatal, la Subsecretaría de Asistencia también - está fuera de contexto, puesto que la misma Secretaría de Salubridad y Asistencia le ha impuesto una Dirección llamada de Servicios Coordinados en los Estados, unidad que es mucho más fuerte que la propia Subsecretaría de Asistencia ya que sus funciones y recursos abarcan a toda la República Mexicana y es tan importante esta unidad que acuerda directamente con el Secretario de Salubridad y Asistencia, dejando en un rango menor a la Subsecretaría de Asistencia y saber que rol juega como ente normativo de la salud en México.

Tal hipótesis se comprueba, solo parcialmente puesto que verdaderamente presta servicios de Asistencia Médica a través de una Dirección General con sus Hospitales y Clínicas ( 6 y 6 ) y la Asistencia Social también a través de una Dirección General y sus unidades aplicativas Materno-Infantil, etc., todo esto va dirigido a las capas de población más desposeídas, pero de esto a que controle como ente normativo toda la prestación de servicios de Asistencia Médica, Social y Materno-Infantil en todo el ámbito nacional, es falso.

- B) "El sistema de salud en la Subsecretaría de Asistencia toma sus fundamentos para funcionamiento y organización de los llamados sanitarios, dejando a un lado los elementos normativos-legales, que se convierten en frenos para el desarrollo".

La Subsecretaría de Asistencia incrementa y promueve, en su ámbito, el trabajo interdisciplinario y empieza a integrar en su seno un buen número de médicos sanitarios, que en comparación con el personal tradicional, es decir los médicos cirujanos, aquellos que tienen en sus planes de estudio un cúmulo de conocimientos, lo cual hace tener mayor conciencia de la problemática del país en este campo de actividad.

Es decir, el médico sanitario es el profesional que hace un postgrado en la Escuela de Salud Pública, dependiente de la S.S.A., a nivel de maestría y estos estudios versan sobre la salud pública. Para entender qué es la salud pública tomamos la siguiente definición: "La salud pública puede ser comprendida como el cuerpo de todo cimiento y prácticas que contribuyen a la salud de la colectividad ya sea por medidas preventivas o por ambas". ( 1 )

(1) MUSTRAD-STEBBINS

Introducción a la Salud Pública. Centro Regional de Ayuda Técnica. Agencia para el desarrollo internacional. Ed. Fournier S.A., Pág. 15

Algunos de ellos se dedican a detectar y prevenir las enfermedades más comunes de nuestro medio (las infecto-contagiosas) y otros al estudio en general del bienestar de la comunidad. En algunos países se les conoce como médicos salubristas, en México como médicos sanitaristas y otros, el que nos parece más adecuado como médicos salubristas. Desde luego, estos profesionales de la salud pública tienen otra preparación, pues cuando egresan de la escuela tienen un enfoque más general de la situación actual de la salud pública en el país; ven los problemas de salud que afectan al pueblo mexicano a fondo y no nada más en el aspecto meramente médico, sino sobre todo tipo de problemas desde el punto de vista económico, político y social.

Así encontramos en puestos claves en los diversos niveles jerárquicos de la Subsecretaría de Asistencia a médicos sanitaristas como encargados también de llevar a cabo programas específicos ya sea de carácter técnico o paramédico.

- C) "La administración y el sistema de salud de la Subsecretaría de Asistencia podría mejorarse notablemente si se permitiera la participación de los profesionales en administración pública debidamente adiestrados, que colaboraran en plano de igualdad con los médicos sanitarista y de otro tipo que tradicionalmente han manejado el sector".

Esta hipótesis no se comprueba específicamente, pero si se corrobora la necesidad y la falta de administradores públicos de carrera en el sector salud en vista de que es evidentemente necesario aplicar medidas adecuadas, tanto administrativas como políticas para configurar todo el subsistema unificado y estructurado y de esta forma impulsar el cumplimiento adecuado de la asistencia médica. El Plan Nacional de Salud, fundamentalmente en sus programas en los cuales la Subsecretaría se ve involucrada en forma importante. Para aplicar precisamente las medidas administrativas como políticas, pienso que es el administrador público el profesionalista idóneo para formar parte de los equipos multidisciplinarios de los que tanto se ha hablado en este trabajo.

Por otra parte, se ha visto aquí el problema que afronta la Subsecretaría para que su mecanismo estructural funcione adecuadamente y eleve en esa forma los niveles de salud del mexicano, es decir, se necesita ampliar la acción de los profesionistas, impulsar el mecanismo con características tan peculiares que les permitan saber hacia donde dirigir su acción, con relación al esquema global de desarrollo económico, social y político del país.

Los profesionales de Ciencias Políticas y Administración Pública se presentan como los deseables candidatos para ocupar no puestos de asesoría como hasta la fecha lo han venido haciendo, sino a nivel ejecutivo donde participen en forma más importante e integral en la toma de decisiones. Sus características de conocimientos se comparan a las de los sanitarios, de los cuales ya hablamos, que con buena razón se alude, podrían ser los elementos, si se aprovechan debidamente, y además integrados con los demás elementos profesionales y técnicos de la salud, salir adelante en la dirección del mecanismo peculiar de la Subsecretaría de Asistencia y avanzar hacia el fin de sistematizar las actividades de salud en México. En el funcionamiento del sistema se busca la participación de todos los sectores de la población de la República Mexicana, esencia del Plan Nacional de Salud.

Como objetivo cinco, planteamos lo siguiente:

"Conocer los métodos y procedimientos administrativos de la Subsecretaría de Asistencia a fin de mejorarlos cuando sea conveniente".

Y al igual que los anteriores está desglosado en tres hipótesis, que se investigaron a saber:

- A) "La Subsecretaría de Asistencia para impulsar el desarrollo económico, social, cultural y político del país se basa en la reforma administrativa, la cual forma parte de las transformaciones básicas que se están efectuando en el campo de la salud en México".

Esta hipótesis se explica al establecer, mediante el desarrollo del estudio, que la Subsecretaría de Asistencia ha tomado muy en cuenta la actual reforma administrativa y donde se empiezan a realizar estudios de mejoramiento administrativo y elaboración de documentos administrativos antes que en cualquier otra dependencia de la S.S.A. Aparte podemos decir que si no en todas, en la mayoría de las unidades se cuenta con Manuales de Organización, de Procedimientos, de Puestos, así como programas específicos de mejoramiento técnico-médico, paramédico y administrativo. Los Manuales de Organización tienen el siguiente contenido:

Representación gráfica de la estructura organizacional (organograma) definiendo:

Objetivos, políticas, Funciones de cada Unidad y Ambito de Autoridad.

Relaciones Internas y Externas para una mejor administración de los recursos y el logro de los fines plantados por cada - unidad aplicativa dependiente de la Subsecretaría de Asistencia de la S.S.A.

Manuales de Puestos:

Para una mejor ubicación del empleado dentro de la organización o empresa a la que presta sus servicios, con el siguiente contenido:

Análisis del Puesto:

Nombre del Puesto.

Descripción de Actividades (permanentes, periódicas y esporádicas).

Sueldo, Horario.

Necesidades del Puesto (experiencia previa, estudios, etc.)

Características del Puesto (especificación detallada del manejo interno).

Responsabilidades y autoridad.

Nivel Jerárquico, Puesto Superior o Inferior, Subordinados, etc.

Manual de Procedimientos:

Descripción narrativa y representación gráfica (Flujogramas) de la concatenación de pasos y las actividades que se realizan para el logro de un objetivo o función, explicando ampliamente detalladamente en qué consisten los principales procedimientos que se realizan en una unidad tanto médica, como administrativa para una mejor interpretación y realización de funciones.

Todo esto como base fundamental para cumplir o tratar de cumplir sus atribuciones, como son: "La de dictar normas técnicas y vigilar su cumplimiento en materia de asistencia médica, materno-infantil, asistencia social, enfermería, odontología, salud mental, trabajo social, medicamentos y reactivos para laboratorios químicos, patrocinar y realizar actividades de promoción de la salud, de prevención, de enfermedades, así como coordinar las actividades de los sectores público, federal y privado, en el campo de la atención médica y de la asistencia social". ( 2 )

B) "La Subsecretaría de Asistencia está tratando de cumplir, tanto en la doctrina como en los procedimientos, en la búsqueda y aplicación de las medidas más adecuadas y convenientes para dar una base sólida a todas las acciones que se programen para todos los sistemas de salud en México".

Hemos comprobado esta hipótesis en el desarrollo del presente trabajo, puesto que observamos que es una preocupación constante de las autoridades de la Subsecretaría por conocer a fondo los problemas que aquejan la asistencia pública en México, comenzando con sus dependencias, en todos sus renglones como el médico, técnico y el administrativo. En este último, se han realizado esfuerzos para que se implante una reforma administrativa, con la cual se dotaría a cada una de sus unidades aplicativas de técnicas administrativas antes descritas en las cuales se informa sobre la organización y sus objetivos aspectos importantes para que a todo trabajador se le inculque la conciencia de servidor público.

Manuales de Puestos, en los que se analizan todos y cada uno de los puestos de los que está integrada la institución, información básica para todo trabajador o empleado, no importan do su nivel jerárquico.

Manuales de Procedimientos, en los que se describen todos los pasos de que constan las principales actividades, ya sean médicas, paramédicas o administradores, así como quién y cómo las realizan.

No es mi intención en esta conclusión definir el contenido de cada Manual elaborado en el ámbito de la Subsecretaría de Asistencia, pero creo que es necesario terminar este trabajo al

---

(2) Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial. 10 de Agosto de 1973.

que se avocaron profesionales de Ciencias Políticas y Administración Pública en los últimos años del sexenio pasado.

Como otro ejemplo tenemos la participación de todas las unidades aplicables de la Subsecretaría de Asistencia en el Plan Nacional de Salud con programas específicos de actividades de 1974-1976 y 1977-83.

- C) "En la estructura orgánica de la Subsecretaría de Asistencia se tienen órganos que responden a criterios diversos y que controlan los servicios asistenciales y de investigación, siempre más de los necesarios".

Esta hipótesis se confirma al elaborar el estudio ya que nos damos cuenta que presentaban diversos criterios para agrupar funcionalmente a las unidades que integran a la Subsecretaría de Asistencia y que los distinguimos en el desglose del Capítulo III.

Entre otros factores que resultaron fue la duplicidad de funciones, que se traducían en multiplicidad de esfuerzos sobre determinadas áreas, pues es fácil encontrar que las acciones de una Dirección coinciden con otra, por ejemplo, Asistencia Médica y Salud Mental, las dos con rango de Direcciones Generales y las cuales muy repetidamente tienen problemas con la atención de casos.

En la Dirección General de Asistencia Médica, existe una unidad hospitalaria denominada Hospital de Enfermos Crónicos de Tepexpan, sin embargo esta unidad no funciona como un Hospital o sea, no tiene funciones de docencia, investigación en Medicina Correctiva (consulta externa, etc.), sino que se dedican a la rehabilitación y funcionan como una granja más que como un Hospital. Tal vez esta unidad debería depender, por sus funciones, a la Dirección General de Salud Mental, puesto que la mayoría de los pacientes son personas de edad avanzada pero también podrían caer en el renglón de rehabilitación. Como sabemos, la Subsecretaría de Asistencia cuenta con una Dirección General de Rehabilitación que pudiera, en el último de los casos, hacerse cargo del nosocomio antes mencionado. Si lo analizamos, el nosocomio tiene más problemas de tipo administrativo, puesto que viven anárquicamente; los doctores que prestan sus servicios, son pocos y la mayoría contratados por cuatro horas, el horario mínimo; si tomamos en cuenta que se encuentra cerca de Texcoco y que el transporte se incluye dentro del horario de los doctores, que en cada viaje se lleva aproximadamente dos horas, es así como trabajan a duras penas dos horas. Entonces, los "enfermos" más que físicos, sus pro-

blemas son mentales, y en realidad debe ser un asilo o granja en donde la terapia ocupacional adecuada se aplique.

Vemos como varios órganos como los mencionados (Asistencia Médica, Salud Mental, Rehabilitación) tienen que ver con el nosocomio; pero a últimas fechas se ha tomado el criterio de que entre más unidades, más importante es una Dirección, aunque estén en el mismo nivel jerárquico de una estructura dada.



BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. ALVAREZ AMEZQUITA E., BUSTAMANTE L. PICAZOS F.F. DEL CASTILLO.  
Historia de la Salubridad y Asistencia en México.
2. A. JOHNSON RICHARD.  
Teoría, Integración y Administración de Sistemas.
3. Archivo de la Subsecretaría de Asistencia.  
Expedientes relacionados con los temas de:  
ORGANIZACION DE ASISTENCIA 1970-1976  
Plan Nacional de Salud. 1973-1976.  
Programas Médicos para el sexenio. 1971-1976.  
Programa de Mejoramiento Alter. 1972-1976  
Reglamento interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.  
Diario Oficial. viernes 10 de agosto de 1973.
4. Bases para el Programa de Reforma administrativa del Poder Ejecutivo Federal. Reorganización de los Sistemas de Contro Administrativo y de Contabilidad Gubernamental.
5. Boletín de Estudios Administrativos No. 3  
Secretaría de la Presidencia.  
Centro de Documentación de la Dirección de Estudios Administrativos. México, 1972.
6. CAMPILLO SAINZ CARLOS. et. al.  
La Situación de la Salud en el País. S.S.A.  
México, 1975.
7. Dinámica de la Reforma Administrativa. Textos y Gráficas. México, S.S.A., 1975.
8. DOMINGUEZ TREJO CARLOS.  
Elementos para la Evaluación de Planes y Programas.  
México, Subsecretaría de Asistencia, S.S.A. Sep.-1971.
9. Folleto. Serie "La Empresa"  
México, Ed. Secretaría de Industria y Comercio, 1974.

10. GARCIA PELAYO Y GROSS RAMON.  
Diccionario Pequeño Larousse.  
Madrid, Ed. Noguer, 1974.
11. GARZA TIJERINA JULIAN Y PETRARCA MORENO OCTAVIO.  
Evolución de los Hospitales. Memoria de la Primera  
Reunión de Asistencia Social. México, 1952.
12. LAZZARO VICTOR.  
Sistemas y Procedimientos: Un Manual para los Negocios  
y la Industria.  
México, Ed. Diana, 1972.
13. Manual de Organización. Secretaría de Salubridad y  
Asistencia. S.S.A., México, 1974.
14. Manual de Gobierno Federal Mexicano  
Secretaría de la Presidencia, 1973. Tomo I
15. Memorias de los Trabajos Realizados por el Departamento  
de Salud Pública, 1925-1928. Tomo I
16. Memorias. Primer Congreso Nacional de Asistencia.  
Ciudad de México, 1943.
17. Memorias de la Primera Reunión Nacional de Asistencia  
Social. México, 1952.
18. MEXICO a través de los Informes Presidenciales.  
La Salubridad General, S.S.A.  
Secretaría de la Presidencia. México, 1976.
19. MUSTARD STEBBINS.  
Introducción a la Salud Pública.  
Centro Regional de Ayuda Técnica.  
México, 1965.
20. Plan Nacional de Salud. Antecedentes. Volumen I  
México, S.S.A., 1974.
21. Plan Nacional de Salud 1974-1976, 1977-1983.  
Volumen II. México, S.S.A., 1974.

## BIBLIOGRAFIA GENERAL

22. Programa Anual de Salud Mental.  
Archivos de la Dirección General de Salud Mental.  
1974.
23. Programa de Mejoramiento Administrativo de la  
Dirección General de Salud Mental.  
Conclusión GEMA, Mimeografiado, 1974.
24. Prontuario de Disposiciones Jurídicas para las Secre-  
tarías y Departamentos de Estado.  
Ley de Secretarías y Departamentos de Estado.  
Secretaría de la Presidencia. México, 1972.

## A N E X O S .

1. Dependencias de la Subsecretaría de Asistencia.
2. Cuadros Estadísticos.

A N E X O 1

---

4.1 Dependencias que dan Servicio a Grupos.

- Dirección General de Asistencia Médica.
- Dirección General de Asistencia Social.
- Dirección General de Salud Mental.
- Dirección General de Rehabilitación.

**DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA MEDICA.**



**OBJETIVO:**

**Contribuir a lograr que la población reciba atención -  
médica suficiente y de buena calidad.**

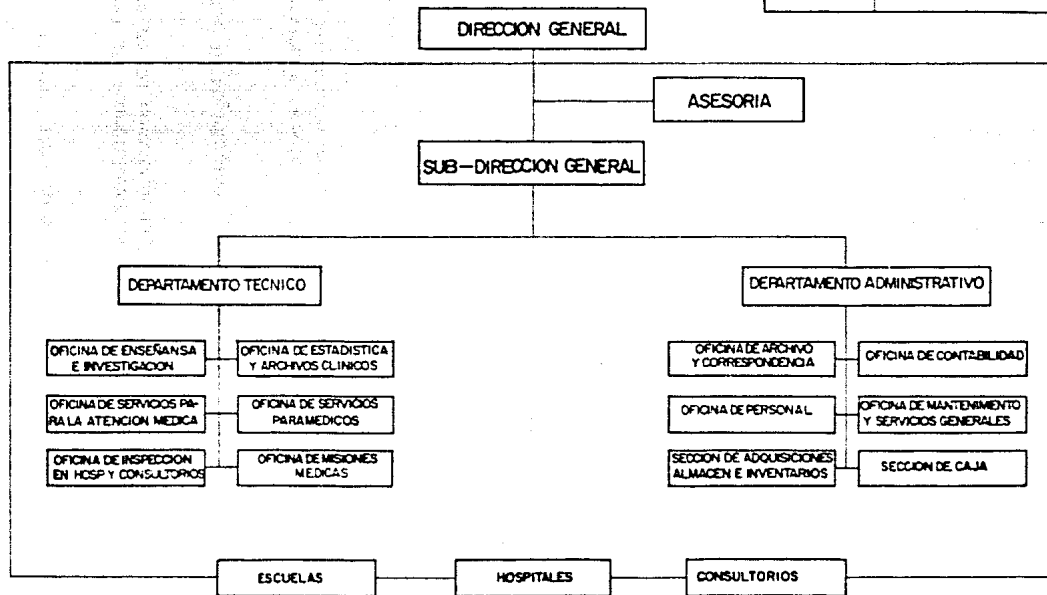
## P O L I T I C A S :

- Cumplir con las políticas generales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de la Subsecretaría de Asistencia.
- Elevar el nivel de eficiencia de sus unidades aplicativas
- Impulsar la formación, adiestramiento y actualización - del personal profesional, técnico y administrativo para la asistencia médica.
- Incrementar la coordinación entre los servicios de medicina preventiva en sus unidades aplicativas.
- Fomentar las investigaciones científicas aplicables a la asistencia médica.
- Promover la coordinación con organismos oficiales y -- privados, nacionales y extranjeros.
- Establecer programas integrales de la asistencia médica procurando la sistematización y distribución regional de los servicios médicos.
- Impulsar la creación de nuevos servicios para la comunidad, dando la preferencia a las zonas más desvalidas, procurando el óptimo aprovechamiento de sus recursos.

F U N C I O N E S :

- Dictar normas generales en materia de su competencia.
- Conocer las condiciones de la asistencia médica en el ámbito de su competencia.
- Estudiar la legislación y presentar alternativas.
- Proporcionar servicios de atención médica hospitalaria y para pacientes ambulatorios.
- Promover y en su caso realizar, la formación y adiestramiento de personal para la atención médica.
- Realizar actividades de investigación médica y de administración y educación, para la atención médica.
- Coordinar la planeación y ejecución de los programas de trabajo de la Dirección y Unidades Aplicativas.

| ORGANIGRAMA DE LA DIRECCION GRAL DE ASISTENCIA MEDICA |                   |
|---|-------------------|
| AUTORIZO  | S. S. A.          |
| ELABORO   | ASESORIA TECNICA  |
| Nº 2  | FECHA: JULIO 1973 |



**DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA SOCIAL.**

O B J E T I V O S :

- Planear y construir el Centro de Promoción Infantil que tiene como finalidad evitar la institucionalización de los niños y adolescentes expósitos o abandonados.
- Incrementar la atención bio-psico-social a niños - pre-escolares y escolares.
- Contribuir a la elevación cuantitativa y cualitativa de las labores de asistencia ocupacional, alimentaria y de atención para ancianos.
- Elevar la eficiencia del personal y mejorar los sistemas administrativos.

POLITICAS :

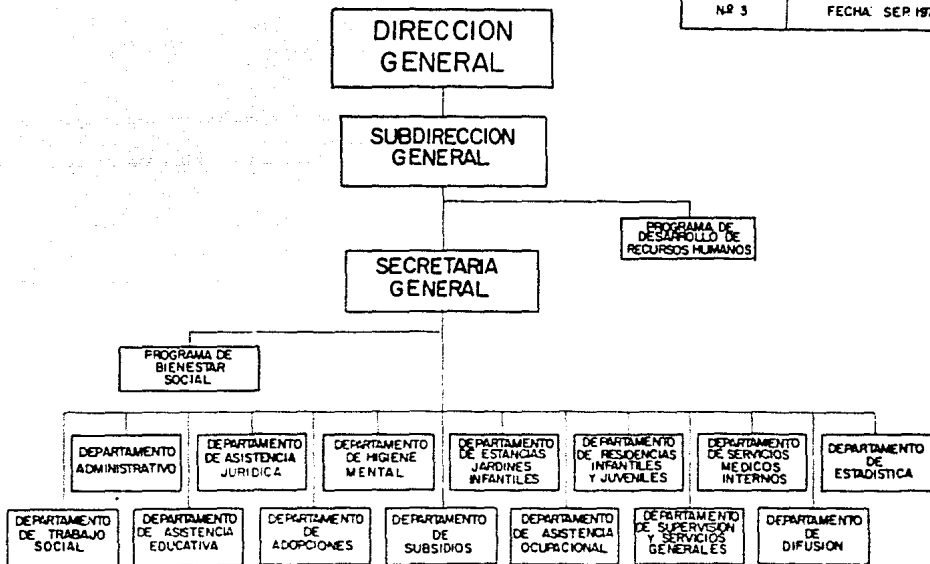
- Cumplir con las políticas de la S.S.A., y en especial con las de la Subsecretaría de Asistencia.
- Fomentar el aprovechamiento educativo del menor.
- Promover la participación activa y adhesión consciente de los padres o responsables de los menores, así como de la comunidad en general, incorporando actitudes dinámicas al desarrollo de la sociedad.
- Normar las actividades de control de programas en desarrollo (incluyendo los del Plan Nacional de Salud), realizadas por diferentes instituciones de asistencia social.
- Procurar la reintegración de los menores abandonados a un hogar original, promoviendo entre la comunidad la importancia del desarrollo del niño en el seno de la propia familia.
- Promover el mejoramiento integral de individuos, grupos y comunidades social y económicamente vulnerables.
- Promover entre la comunidad una actitud entre los problemas de ella y del Estado, impulsando su participación en una acción individual y comunal para resolver los que estén al alcance de sus posibilidades.
- Aprovechar al máximo los recursos humanos, materiales y económicos.
- Mejorar los sistemas estadísticos y de información en la Dirección General de Asistencia Médica

F U N C I O N E S :

- Conocer las condiciones de la asistencia social - en el país.
- Dictar normas generales en la materia de su -- competencia.
- Proporcionar servicios de promoción del bienestar y asistencia social para individuos o grupos-- más desvalidos.
- Formar y adiestrar personal y realizar investiga ciones.
- Coordinar esfuerzos entre las distintas institucio-- nes gubernamentales y entre éstas y las privadas.
- Estudiar la Legislación y presentar iniciativas re lativas a la asistencia social.



| ORGANIGRAMA DE LA DIRECCION GRAL. DE ASISTENCIA SOCIAL |                   |
|--|-------------------|
| AUTORIZO   | S. S. A.          |
| ELABORO  | ASESORIA TECNICA  |
| Nº 3   | FECHA: SEP. 1972. |



DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL.

OBJETIVOS :

- Impulsar el desarrollo de la salud mental en el país.
- Abatir los índices de enfermedades mentales en el ámbito de su competencia.
- Mejorar los servicios asistenciales de la salud mental.
- Extender los programas de salud mental a todo el país.
- Participar en el Plan Nacional de Salud Mental.

## POLITICAS :

- Seguir los lineamientos generales de la Subsecretaría de Asistencia.
- Incrementar la eficiencia de los servicios relativos a salud mental.
- Sistematizar la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental en el país.
- Promover la coordinación de los servicios preventivos asistenciales.
- Difundir los programas asistenciales de la Dirección General de Salud Mental.
- Procurar la coordinación con los organismos oficiales y privados, relacionados con la Dirección General de Salud Mental, a fin de evitar la duplicidad de gastos y esfuerzos.
- Crear servicios de salud mental en las unidades hospitalarias, a fin de llevar los beneficios a diversos núcleos de la población.
- Procurar la formación de personal especializado para programas preventivos, de investigación, de tratamiento y rehabilitación de la salud mental.
- Normar las actividades de la salud mental en México.

F U N C I O N E S :

- Conocer las condiciones de salud mental y atención psiquiátrica.
- Proponer normas generales en materia de su competencia.
- Promover y participar en actividades que tengan como fin la salud mental colectiva.
- Impartir servicios de prevención y atención psiquiátrica.
- Programar la formación y adiestramiento de personal médico, paramédico y técnico.
- Coordinar las actividades de salud mental, que realicen diversas instituciones públicas o privadas.
- Promover la investigación científica y el desarrollo de nuevos conocimientos relativos a la salud pública y mental.
- Estudiar la legislación y proponer iniciativas en esta materia.
- Evaluar la implantación de planes y programas.

|  |                   |
|--|-------------------|
| ORGANIGRAMA DE LA DIRECCION GRAL. DE SALUD MENTAL. |                   |
| AUTORIZO   | S. S. A.          |
| ELABORO  | ASESORIA TECNICA  |
| Nº 3   | FECHA: ENERO 1974 |

CONSEJO CONSULTIVO

DIRECCION GENERAL

ASESORIA ESPECIALIZADA

SUBDIRECCION GENERAL

SUBDIRECCION TECNICA

SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA

PSIQUIATRIA COMUNITARIA

ASISTENCIA PSIQUIATRICA

ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO TECNICO AUX.

DPTO. DE CONTABILIDAD

DPTO. DE PERSONAL

PLANEAACION DE PROGS. PREVENT

DIF. PROGRAMAS PREVENTIVOS

PROM. DE SERVS DE TRAT. HOSP

ALBERQUES Y REINA-BILITACION

SERV. DE CONSULTA EXTERNA

PROG. DE ENSE. Y COORD. PERS. ESPECIALIZADO

INVEST. CIENT. Y CLINICA

COORD. DE TRABAJO SOCIAL

ESTADISTICA

COORD. DE CN-FERMIERIA

COORDINACION DE PSICOLOGIA

OF. DE SUP. Y CONTROL CONT. ACTIVO

OF. DE INGRESOS VARIOS

OF. DE MANEJO DE FONDOS

OF. DE FORMACION Y ACT.

OF. DE CONTROL DE PERSONAL

OF. DE SERVICIOS GENERALES

OF. DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA

OF. DE ALMACEN E INVENTARIOS

UNIDADES APLICATIVAS

DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION.

**OBJETIVO :**

**Librar de la invalidez y sus efectos, a la población de la República Mexicana.**



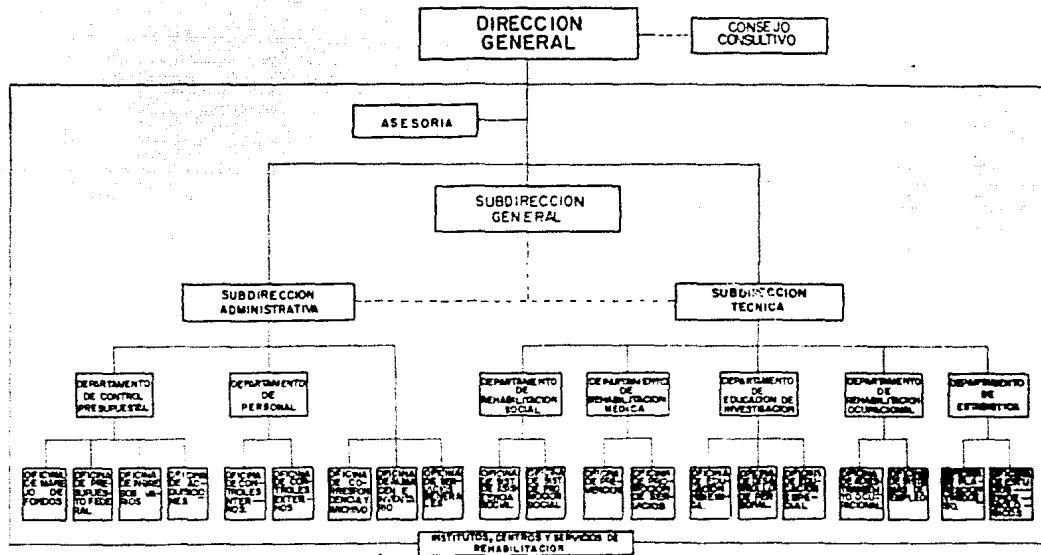
## POLITICAS :

- Elevar la eficiencia de la Dirección y sus dependencias, manteniendo niveles óptimos de rendimiento.
- Mejorar los sistemas de información de la Dirección y sus dependencias.
- Promover la integración de la rehabilitación en los servicios preventivos y asistenciales de la S.S.A. y en todas las instituciones de salud en el país.
- Impulsar la prevención de la invalidez y su atención temprana.
- Perseguir el tratamiento integral de los inválidos en lo somático, en lo psíquico y en lo social.
- Extender la proyección de la rehabilitación a todas las especialidades de la medicina y a todo el país, dando prioridad a los grupos y a las comunidades que más lo necesiten.
- Impulsar la formación, el adiestramiento y la actualización del personal de salud en el campo de la rehabilitación.
- Ampliar la coordinación interinstitucional y la participación de la comunidad para la solución de los problemas de invalidez.
- Fomentar el desarrollo de la investigación científica en el área de la rehabilitación.
- Establecer industrias protegidas que sirvan de modelo de reincorporación del rehabilitado a la vida productiva

F U N C I O N E S :

- Conocer el problema de la invalidez en el país, y los recursos con los que cuenta para su solución.
- Dictar normas generales relativas a la prevención y tratamiento integral de la invalidez.
- Coordinar los esfuerzos que en materia de rehabilitación realizan las instituciones gubernamentales y privadas.
- Ofrecer servicios de rehabilitación al público, a través de las unidades aplicativas.
- Estudiar la Legislación y presentar iniciativas para la rehabilitación de inválidos.

|   |                   |
|---|-------------------|
| ORGANIGRAMA DE LA DIRECCION DE REHABILITACION |                   |
| AUTORIZO                                      | S. S. A.          |
| ELABORO                                       | ASESORIA TECNICA  |
| NR 4  | FECHA: JULIO 1972 |



4.2 Dependencias de Areas Especializadas.

- Dirección de Enfermería.
- Dirección de Odontología.
- Dirección de Trabajo Social.

**DIRECCION DE ENFERMERIA.**

OBJETIVOS :

- Promover el adiestramiento en servicio para Enfermeras, en todas las dependencias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Continuar los programas de enseñanza continuada para el personal de la Dirección.
- Finalizar e iniciar la actualización del estudio de recursos de enfermería y obstetricia en el país.

POLITICAS :

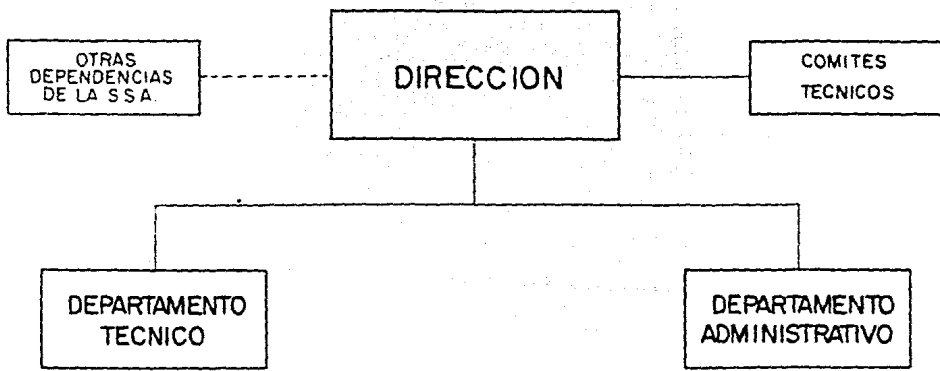
- Mejorar el nivel de atención de enfermería a los pacientes de los establecimientos y sanatorios — asistenciales.
- Fomentar el desarrollo del personal de enfermería que labora en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Pugnar porque los puestos clave de enfermería, sean ocupados por personal calificado.
- Sistematizar la participación del personal de enfermería en la planificación, desarrollo y evaluación de los programas de salud.
- Promover la programación de enfermería en todos los niveles.
- Establecer la investigación en enfermería como base de los programas de trabajo.

F U N C I O N E S :

- Conocer los recursos de enfermería de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del país.
- Dictar normas generales en la materia de su competencia.
- Asesorar a las autoridades.
- Formar y adiestrar personal y realizar investigaciones.



| ORGANIGRAMA DE LA DIRECCION DE ENFERMERIA |                  |
|---|------------------|
| AUTORIZO                                  | S. S. A.         |
| ELABORO                                   | ASESORIA TECNICA |
| Nº 8                                      | FECHA: SEP. 1972 |



DIRECCION DE ODONTOLOGIA.

**OBJETIVOS :**

- Efectuar el estudio general de morbilidad oral, - recursos físicos y humanos para la planificación integral de la Odontología Mexicana.
- Fluorurar más del 85% de los abastecimientos de agua potable en el país.
- Crear un Centro de Información Técnica.
- Promover al máximo la educación continuada.
- Crear la carrera de Enfermera Dental Escolar, - tipo Nueva Zelanda.

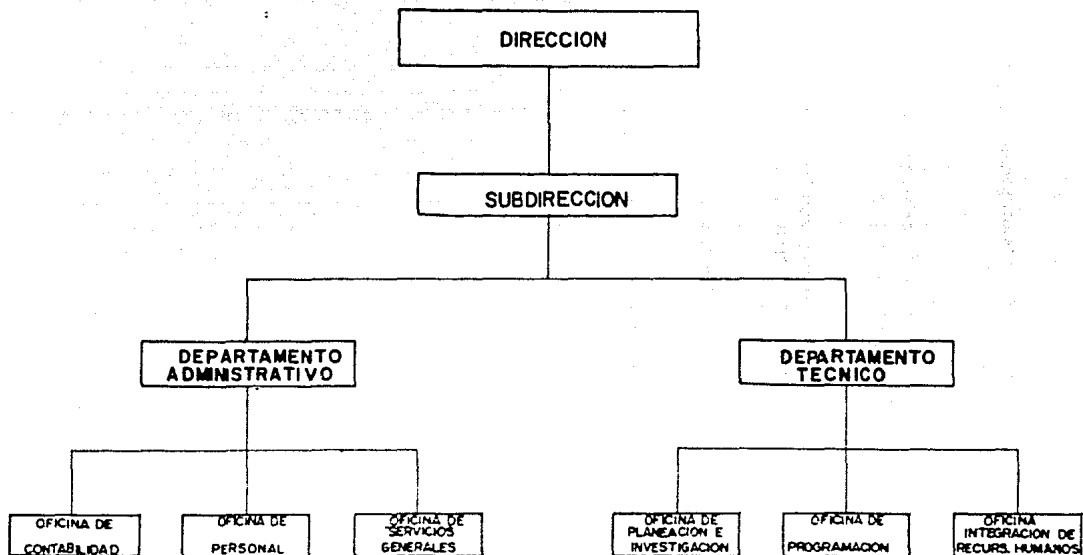
POLITICAS :

- Cumplir con las políticas de la S.S.A., y en especial con las de la Subsecretaría de Asistencia.
- Participar en la regionalización de los servicios odontológicos en el país.
- Fomentar la organización de la comunidad para - que participe activamente en el desarrollo de programas preventivos y curativos bucales.
- Promover la fluoruración y difundir su importancia en el ámbito nacional.
- Aprovechar al máximo los recursos humanos, materiales y económicos asignados a la Dirección.
- Incrementar la programación en el adiestramiento al personal odontológico de la Dirección.
- Coadyuvar en la vigilancia, control y coordinación de la asistencia bucal pública y privada.
- Mejorar los sistemas estadísticos y de información en la Dirección de Odontología.

F U N C I O N E S :

- Conocer las condiciones de salud dental en el -- país.
- Dictar normas generales en la materia de su -- competencia.
- Coordinar esfuerzos entre las distintas institucio nes gubernamentales y entre éstas y las privadas.
- Realizar programas de salud oral.
- Asesorar a las autoridades.

|   |                    |
|---|--------------------|
| <b>ORGANIGRAMA DE LA DIRECCION DE ODONTOLOGIA</b> |                    |
| AUTORIZO  | S. S. A.           |
| ELABORO   | ASESORIA TECNICA   |
| Nº 13   | FECHA: JULIO 1974. |



El presente informe tiene por objeto informar a la  
Comisión de la verdad sobre los hechos ocurridos en  
el marco de la actividad de la Unidad de Inteligencia  
Militar durante el periodo comprendido entre el  
1 de enero de 1976 y el 31 de diciembre de 1976.  
El informe se divide en dos partes: una de antecedentes  
y otra de hechos ocurridos durante el periodo  
comprendido entre el 1 de enero de 1976 y el 31 de  
diciembre de 1976.

**DIRECCION DE TRABAJO SOCIAL.**

**O B J E T I V O S :**

- **Adiestrar en servicio a las Trabajadoras Sociales para el medio rural.**
  
- **Aumentar las plazas de Trabajadoras Sociales Tituladas para la Dirección.**
  
- **Actualizar los procedimientos administrativos.**



## **POLITICAS:**

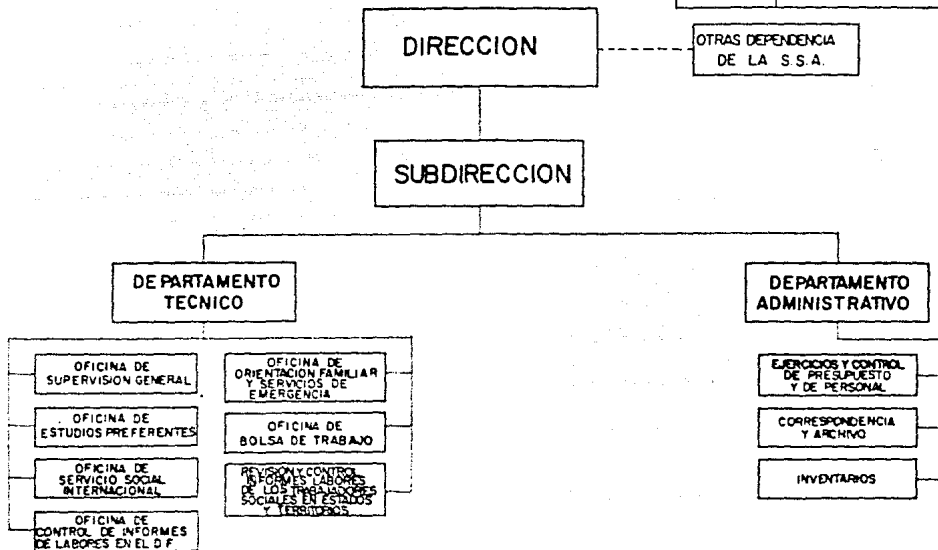
- **Cumplir con las políticas de la S.S.A. y en particular con las de la Subsecretaría de Asistencia.**
- **Fomentar entre el personal de Trabajo Social adoptar el estudio médico, odontológico, etc., según sea el caso, para ser aplicado en el desarrollo de programas.**
- **Proveer de los recursos humanos especializados en Trabajo Social necesarios en las dependencias de la Subsecretaría de Asistencia.**
- **Participar en la regionalización de los servicios de asistencia social.**
- **Aprovechar al máximo los recursos humanos, materiales y económicos.**
- **Perfeccionar y afinar permanentemente la organización de la Dirección.**
- **Difundir la importancia de la reforma en la organización administrativa en el ámbito de la Dirección.**
- **Mejorar los sistemas estadísticos y de información en la Dirección.**

F U N C I O N E S :

P O L I T I C A S :

- Dictar normas generales en materia de su competencia
- Cumplir con las políticas de la S. S. A. A. en el ámbito de la Subsecretaría de Asistencia Social
- Coordinar las actividades de Trabajo Social en las dependencias de la Secretaría de Salud y de la Subsecretaría de Asistencia Social
- Asesorar a las autoridades.
- Proveer de los recursos humanos especializados en Trabajo Social necesarios en las dependencias de la Subsecretaría de Asistencia Social.
- Participar en la regionalización de los servicios de asistencia social.
- Aprovechar al máximo los recursos humanos, materiales y económicos.
- Perfeccionar y afianzar permanentemente la organización de la Dirección.
- Dirigir la importancia de la reforma en la organización administrativa en el ámbito de la Dirección.
- Mejorar los sistemas estadísticos y de información en la Dirección.

| ORGANIGRAMA DE LA DIRECCION DE TRABAJO SOCIAL |                  |
|---|------------------|
| AUTORIZO                                      | S. S. A.         |
| ELABORO                                       | ASESORIA TECNICA |
| Nº 9  | FECHA SEP 1972   |



4.3 Dependencias Funcionales.  
( Servicios de Apoyo.)

- Dirección General de Atención Médica Materno Infantil.
- Campaña Nacional Contra el Cáncer.
- Asesoría Técnica.

**OBJETIVOS :**

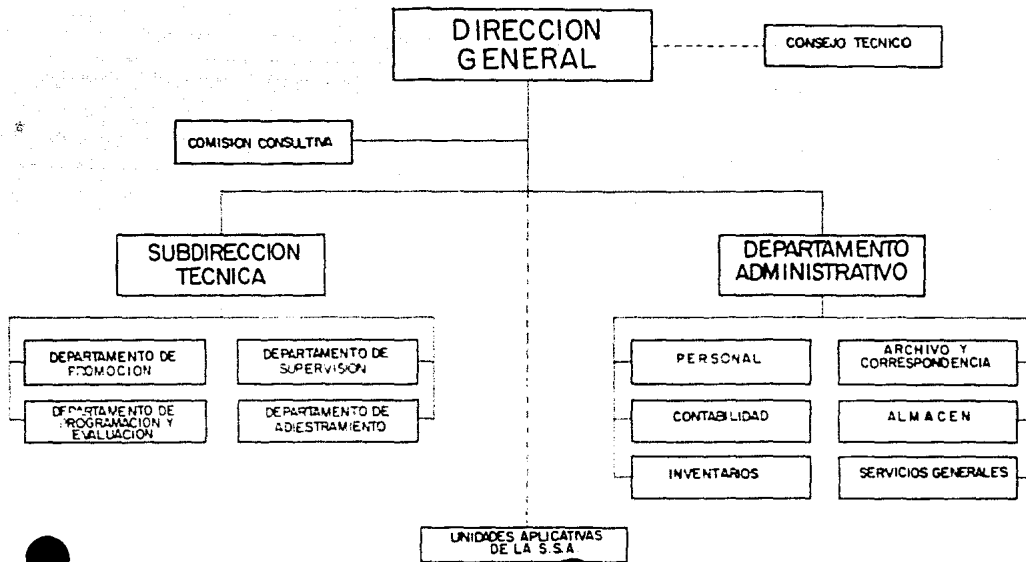
- Promover la Legislación para la protección de la madre y el niño, la paternidad responsable y la planeación de la familia.
- Vigilar la atención del recién nacido, el desarrollo y nutrición del niño, y los programas de inmunizaciones.
- Prevenir las psicopatías y problemas de salud pública derivados de la paternidad irresponsable y del crecimiento demográfico acelerado.
- Dotar a las unidades aplicativas del programa de paternidad responsable, en su aspecto de reguladores de la fertilidad.

P O L I T I C A S :

- Cumplir con las políticas generales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y las específicas de la Subsecretaría de Asistencia.
- Promover la Legislación vigente para la participación de la madre y el niño, así como el estudio de leyes y su expedición para el mismo fin.
- "Observar la vigilancia y control de la nutrición de los grupos vulnerables, tales como mujeres -- embarazadas, los lactantes y los niños menores de cinco años." ( Artículo 38, Inc. III, Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.)
- Difundir programas sobre planeación familiar, a través de los medios disponibles, así como de instituciones de educación, y de salud involucrados en programas similares.
- Promover programas de atención al recién nacido y desarrollo nutricional.
- Promover la coordinación con otros organismos nacionales e internacionales a fin de cumplir con el programa general de Atención Médica Materno-Infantil.
- Procurar el establecimiento de centros de salud específicos o unidades aplicativas especiales para la atención médica materno-infantil.
- Proporcionar asesoría y supervisión de programas de atención médica materno-infantil en establecimientos de la S.S.A.
- Formar y adiestrar al personal para el área.

- Promover la investigación científica de su área y el desarrollo de nuevos conocimientos en la atención médica materno-infantil.
  
- Promover la creación de nuevos servicios destinados a la asistencia médica materno-infantil.
  
- Establecer programas generales de atención médica materno-infantil, procurando la sistematización y distribución regional de estos servicios.

|  |                  |
|--|------------------|
| ORGANIGRAMA DE LA DIRECCION GRAL DE ATENCION MEDICA MATERNO INFANTIL |                  |
| AUTORIZO   | S. S. A.         |
| ELABORO  | ASESORIA TECNICA |
| Nº 6   | FECHA: SEP 1972. |





**CAMPAÑA NACIONAL CONTRA EL CANCER.**

O B J E T I V O S :

- Dar a la Campaña un carácter verdaderamente na  
cional.
  
- Poner en marcha programas específicos de detec-  
ción de tumores malignos, tanto ginecológicos, co  
mo mamarios y de orofaringe.
  
- Estimular el incremento de las actividades de la -  
Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer, -  
A. C.
  
- Colaborar estrechamente en la fase de construc-  
ción, organización y puesta en marcha de los ---  
centros de calibración y protección radiológica.
  
- Intensificar la formación de personal de diferentes  
niveles tanto técnicos, como médicos.

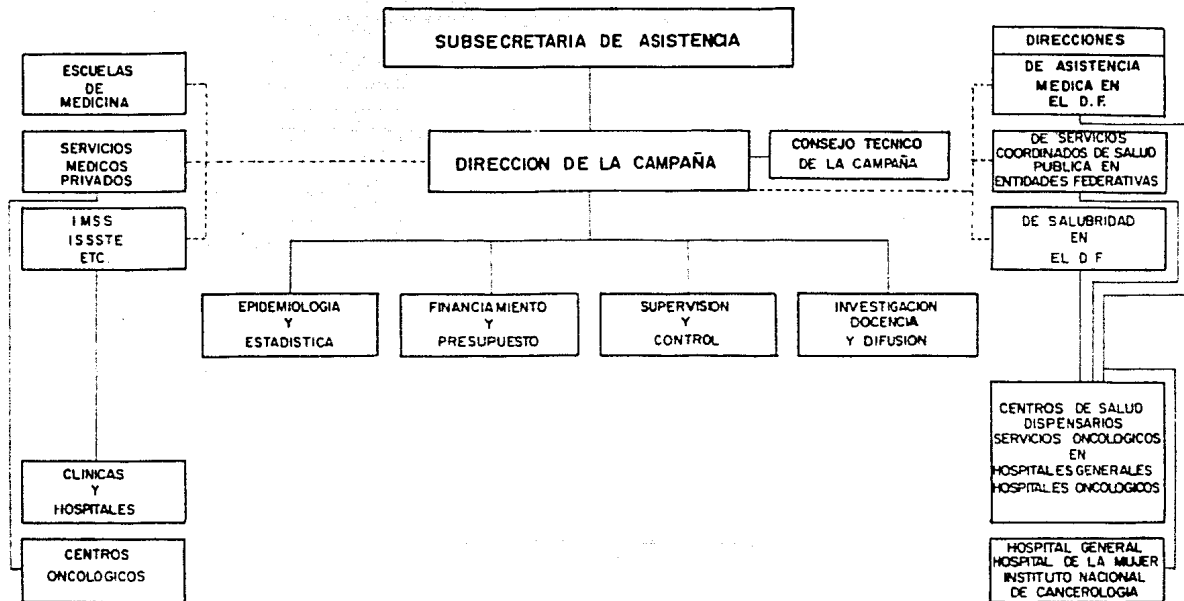
POLITICAS :

- Cumplir con las políticas de la S.S.A. y en particular con las de la Subsecretaría de Asistencia.
- Mantener actualizados los manuales de normas técnicas, de acuerdo al desarrollo de programas ( incluyendo los del Plan Nacional de Salud.)
- Incrementar la programación en el adiestramiento al personal médico y administrativo que interviene en la Campaña.
- Normar y coordinar las actividades que sobre la materia realicen establecimientos públicos y privados.
- Aprovechar al máximo los recursos humanos, materiales y económicos.
- Difundir entre la población, la importancia del descubrimiento temprano, el tratamiento adecuado y la vigilancia posterior del cáncer.
- Promover la ampliación de la cobertura en los trabajos de lucha contra el cáncer a nivel nacional.
- Sugerir modificaciones legislativas que fundamenten y apoyen las acciones de la Campaña.

## F U N C I O N E S :

- Conocer el problema del cáncer en el país.
- Dictar normas generales, en la materia de su - - competencia.
- Promover la disminución de la morbilidad y mortalidad por esa causa.
- Apoyar y patrocinar programas educativos, de investigación y de servicio.
- Estudiar la legislación y presentar iniciativas.

|   |                  |
|---|------------------|
| ORGANIGRAMA DE LA CAMPAÑA NAL.<br>CONTRA EL CANCER. |                  |
| AUTORIZO  | S. S. A.         |
| ELABORO   | ASESORIA TECNICA |
| Nº 10   | FECHA: 1974      |



A S E S O R I A   T E C N I C A .

**O B J E T I V O :**

Coadyuvar a la administración de las funciones asistenciales de la Subsecretaría, sugiriendo medidas de efectividad, diseñando y evaluando alternativas.

## P O L I T I C A S :

- Seguir los lineamientos y políticas establecidas -- por la Subsecretaría de Asistencia.
  
- Promover el asesoramiento técnico integral a la - Subsecretaría y sus diversos órganos que la componen sobre la planeación de los servicios.
  
- Procurar la actualización y desarrollo del personal que compone el cuerpo staff de la Asesoría.
  
- Ampliar la proyección de asistencia.
  
- Sistematizar la planeación y programación de actividades en todos los niveles de la Subsecretaría.
  
- Incrementar la coordinación intersecretarial de actividades de salud pública, asistencia y seguridad social del país.
  
- Mejorar los sistemas de información médico-administrativa en todos los órganos que forman parte - de la Subsecretaría.



## F U N C I O N E S :

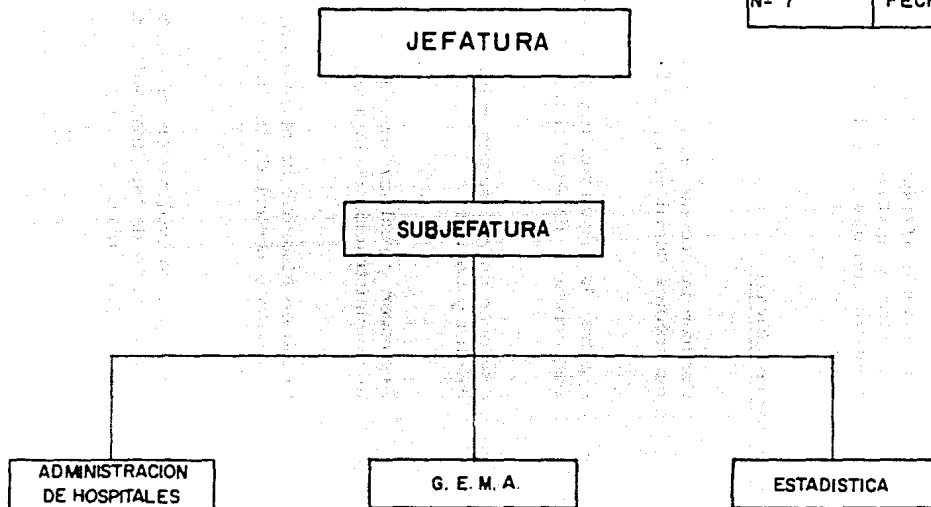
### Función General:

- La Asesoría Técnica, es una unidad de naturaleza consultiva y auxiliar que presta sus servicios, su ministra consejos y revisa el desarrollo de actividades.

### Funciones Específicas:

- Conocer las condiciones y recursos de la asistencia médica social en el país.
- Analizar la organización y funcionamiento de la Subsecretaría de Asistencia.
- Asesorar sobre asuntos relativos a la asistencia médica y social.
- Promover y realizar investigaciones en el área de la Administración de la asistencia médica y social.
- Proponer sistemas de planeación, organización, integración y control de la Subsecretaría de Asistencia.
- Promover la realización de eventos para el mejor cumplimiento de las finalidades de la Subsecretaría de Asistencia.

|                                    |                   |
|------------------------------------|-------------------|
| ORGANIGRAMA DE LA ASESORIA TECNICA |                   |
| AUTORIZO                           | S. S. A.          |
| ELABORO                            | ASESORIA TECNICA  |
| Nº 7                               | FECHA: JUNIO 1975 |



4.4 Dependencias de Servicios Específicos.

- Unidad de Cuadros Básicos para la Atención Médica.
  
- Laboratorio Central de Reactivos.

**UNIDAD DE CUADROS BASICOS PARA  
LA ATENCION MEDICA.**

**OBJETIVO :**

Controlar técnicamente la selección, adquisición y utilización de medicamentos, equipo quirúrgico, material de curación, material y equipo de laboratorio y gabinete en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

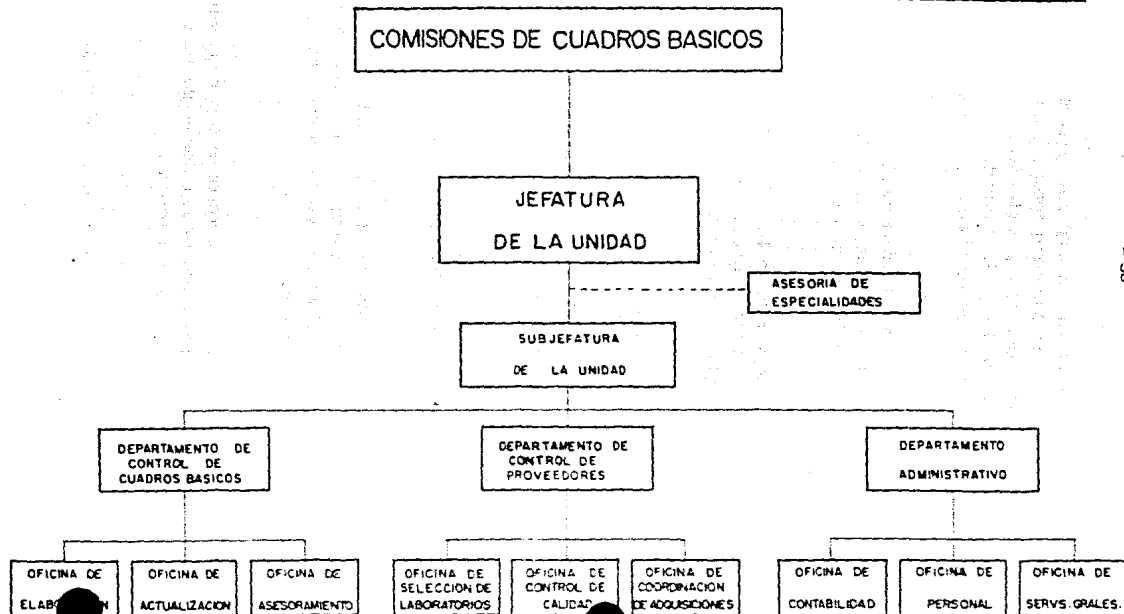
POLITICAS :

- Cumplir con las políticas generales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Fomentar en le área de su jurisdicción la coordinación de los órganos administrativos y unidades aplicativas.
- Impulsar el uso y actualización de Cuadros Básicos en las unidades aplicativas.
- Promover que las adquisiciones de medicamentos, materiales y equipos, estén incluidos en los Cuadros Básicos.

F U N C I O N E S :

- Elaborar, actualizar y controlar los Cuadros Básicos de Medicamentos, equipo quirúrgico, material de curación y material y equipo de laboratorio y gabinete de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y sus unidades aplicativas.
- Asesorar técnicamente a las unidades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la elaboración y control de sus Cuadros Básicos.
- Intervenir en la selección y control de laboratorios que sean o pretendan ser proveedores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Coordinar sus actividades con la Dirección General de Adquisiciones, Dirección General de Medicamentos, Material de Curación y Equipo Médico Quirúrgico y de Materiales y Equipo de Laboratorio y Gabinete.
- Participar en la elaboración y modificación del Cuadro Básico Nacional.
- Dictar normas técnicas para la elaboración, actualización y control de Cuadros Básicos de las unidades aplicativas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Establecer y controlar los requerimientos de calidad para los proveedores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Estudiar la legislación existente y proponer iniciativas.

|  |                    |
|--|--------------------|
| ORGANIGRAMA DE LA UNIDAD DE CUADROS BASICOS PARA ATENCION MED. |                    |
| AUTORIZO   | S. S. A.           |
| ELABORO  | ASESORIA TECNICA   |
| Nº 11  | FECHA: ABRIL -1974 |





El presente informe tiene por objeto informar a la Comisión de la Verdad y Reconciliación sobre los resultados de la investigación realizada en el marco del proceso de investigación y esclarecimiento de los hechos ocurridos durante el conflicto armado interno en Colombia.

En el desarrollo de la investigación se han identificado y documentado los hechos que conforman el objeto de estudio, así como los sujetos involucrados en los mismos. Los resultados de la investigación se presentan a continuación.

Los hechos ocurridos en el territorio de estudio durante el conflicto armado interno, así como los sujetos involucrados en los mismos, se describen a continuación.

**LABORATORIO CENTRAL DE REACTIVOS.**

OBJETIVOS :

- Estandarizar las técnicas de calidad de los reactivos para análisis clínicos en las dependencias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Aumentar la producción a nivel tal que permita extender el campo de acción a todos los hospitales, centros de salud y consultorios que dependan de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en todo el país.
- Promover las necesidades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y después suministrar reactivos a dependencias descentralizadas.

POLITICAS :

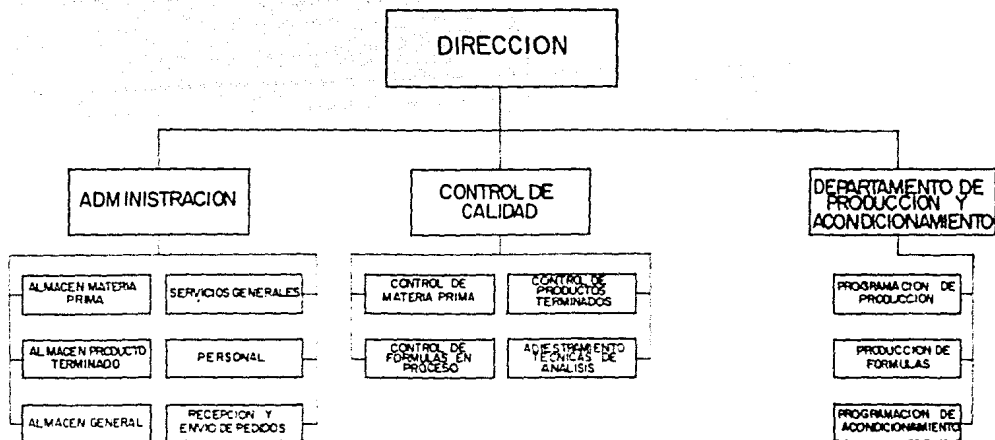
- Cumplir con las políticas de la S.S.A. y las de la Subsecretaría de Asistencia.
- Promover la unificación de métodos y reactivos - empleados por los Laboratorios de la S.S.A., en sus análisis clínicos.
- Elaborar reactivos de óptima calidad y satisfacer con eficiencia la demanda de los laboratorios de análisis clínicos de la S.S.A. y otras instituciones oficiales y particulares.
- Promover el adiestramiento técnico del personal - de los laboratorios de análisis clínicos de la S.S.A. en lo que al uso de reactivos y técnicas se refiere.
- Fomentar la investigación científica de mejores reactivos y mejores técnicas a fin de mantener actualizada la tecnología y minimizar los costos de reactivos en la S.S.A.
- Difundir a nivel nacional la existencia del Laboratorio Central de Reactivos y de los servicios que proporciona.
- Orientar y asesorar en el uso de nuevas técnicas y manejo de los reactivos.

## F U N C I O N E S :

- Formular normas generales en lo relativo a sus - actividades específicas.
- Producir reactivos para laboratorios de análisis - clínicos.
- Planear, organizar, dirigir y controlar el funcio- namiento integral del Laboratorio.
- Adiestrar al personal de otros laboratorios de la S.S.A., para el conocimiento y uso de nuevas - técnicas.
- Investigar el uso y aplicación de nuevas técnicas para la elaboración y uso de reactivos, así como para el adiestramiento de personal.
- Controlar técnicamente la calidad y cantidad de -- productos de reactivos y acondicionamiento de pro- ductos terminados.
- Estudiar la legislación en su campo y proponer - modificaciones o reformas necesarias para cum- plir con los objetivos del Laboratorio.

ORGANIGRAMA DEL LABORATORIO CENTRAL DE REACTIVOS

|          |                  |
|----------|------------------|
| AUTORIZO | S. S. A.         |
| ELABORO  | ASESORIA TECNICA |
| Nº 12    | FECHA. SEP 1972  |



A N E X O 2

DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL  
RECURSOS HUMANOS POR AREA DE TRABAJO

| UNIDAD                        | No. Camas    | Total        | Médicos    | Paramédicos |           |            | Admos.     | Serv. Grales. |
|-------------------------------|--------------|--------------|------------|-------------|-----------|------------|------------|---------------|
|                               |              |              |            | Técnicos    | Enf. Tit. | Aux. Enf.  |            |               |
| Dirección                     |              | 131          | 5          | 2           |           | 8          | 45         | 71            |
| H. P. Fray Bernardino Alvarez | 600          | 638          | 61         | 55          | 25        | 118        | 85         | 294           |
| H.P.I. Juan N. Navarro        | 200          | 231          | 15         | 14          | 6         | 43         | 28         | 125           |
| H.P. Samuel Ramírez M.        | 502          | 232          | 9          | 20          | 7         | 24         | 14         | 158           |
| H. Granja La Salud            | 450          | 89           | 4          | 6           |           | 24         | 16         | 39            |
| H.P. José Sáyo                | 600          | 168          | 5          | 15          | 1         | 60         | 20         | 67            |
| H.P. Adolfo M. Nieto          | 500          | 221          | 9          | 8           | 7         | 31         | 20         | 146           |
| H.P. Rafael Serrano           | 480          | 221          | 9          | 24          | 7         | 75         | 17         | 89            |
| H.P. Cruz del Norte           | 224          | 66           | 5          | 5           | 1         | 25         | 7          | 23            |
| H.P. Cruz del Sur             | 160          | 53           | 4          | 6           | 1         | 11         | 8          | 23            |
| H.P. Villahermosa             | 90           | 38           | 1          | 6           | 1         | 14         | 7          | 9             |
| H.P. Fernando Ocaranza        | 600          | 244          | 10         | 14          | 7         | 42         | 28         | 139           |
| Esc. G.F. Bernardino Alvarez  |              | 48           | 1          | 17          |           | 1          | 15         | 14            |
| Instituto Nal de Neurología   | 124          | 350          | 31         | 40          | 16        | 85         | 60         | 118           |
| Invest. Cerebrales            | 14           | 5            | 5          |             |           |            | 2          | 2             |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>4,530</b> | <b>2,744</b> | <b>191</b> | <b>234</b>  | <b>79</b> | <b>551</b> | <b>375</b> | <b>1,328</b>  |

DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL  
RECURSOS HUMANOS POR AREA DE TRABAJO

| UNIDAD                        | No. Camas | Total | Médicos | Paramédicos |           |           | Admvs. | Serv. Grales. |
|-------------------------------|-----------|-------|---------|-------------|-----------|-----------|--------|---------------|
|                               |           |       |         | Técnicos    | Enf. Tit. | Aux. Enf. |        |               |
| Dirección                     |           | 131   | 5       | 2           |           | 8         | 45     | 71            |
| H. P. Fray Bernardino Alvarez | 600       | 638   | 61      | 55          | 25        | 118       | 85     | 294           |
| H.P.I. Juan N. Navarro        | 200       | 231   | 15      | 14          | 6         | 43        | 28     | 125           |
| H.P. Samuel Ramírez M.        | 502       | 232   | 9       | 20          | 7         | 24        | 14     | 158           |
| H. Granja La Salud            | 450       | 89    | 4       | 6           |           | 24        | 16     | 39            |
| H.P. José Sáyago              | 600       | 188   | 5       | 15          | 1         | 60        | 20     | 67            |
| H.P. Adolfo M. Nieto          | 500       | 221   | 9       | 8           | 7         | 31        | 20     | 146           |
| H.P. Rafael Serrano           | 480       | 221   | 9       | 24          | 7         | 75        | 17     | 89            |
| H.P. Cruz del Norte           | 224       | 66    | 5       | 5           | 1         | 25        | 7      | 23            |
| H.P. Cruz del Sur             | 160       | 53    | 4       | 6           | 1         | 11        | 8      | 23            |
| H.P. Villahermosa             | 90        | 38    | 1       | 6           | 1         | 14        | 7      | 9             |
| H.P. Fernando Ocaranza        | 600       | 244   | 10      | 14          | 7         | 42        | 28     | 139           |
| Esc. G.F. Bernardino Alvarez  |           | 48    | 1       | 17          |           | 1         | 15     | 14            |
| Instituto Nal de Neurología   | 124       | 350   | 31      | 40          | 16        | 85        | 60     | 118           |
| Invest. Cerebrales            | 14        | 5     | 5       |             |           |           | 2      | 2             |
| TOTAL                         | 4,530     | 2,744 | 191     | 234         | 79        | 551       | 375    | 1,328         |



| Entidades             | Núm. de Médicos | Número de Habitantes | Extensión Territorial en Km <sup>2</sup> | Km <sup>2</sup> por Médico | Habitantes por Médico |
|-----------------------|-----------------|----------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| Estados Unidos Mexs.  | 34, 107         | 48, 381, 547         | 1, 967, 183                              | 57                         | 1, 418                |
| Aguascalientes        | 146             | 338, 142             | 5, 539                                   | 38                         | 2, 318                |
| Baja California Norte | 601             | 870, 421             | 870, 421                                 | 116                        | 1, 448                |
| Baja California Sur   | 61              | 128, 019             | 73, 677                                  | 1, 207                     | 2, 078                |
| Campeche              | 117             | 251, 556             | 51, 833                                  | 443                        | 2, 150                |
| Coahuila              | 647             | 1, 114, 956          | 151, 571                                 | 234                        | 1, 723                |
| Colima                | 117             | 241, 153             | 5, 455                                   | 46                         | 2, 061                |
| Chiapas               | 341             | 1, 569, 053          | 73, 837                                  | 216                        | 4, 601                |
| Chihuahua             | 741             | 1, 612, 525          | 247, 087                                 | 333                        | 2, 176                |
| Distrito Federal      | 14, 490         | 6, 874, 165          | 1, 499                                   | 10                         | 474                   |
| Durango               | 323             | 939, 208             | 119, 648                                 | 370                        | 2, 307                |
| Guanajuato            | 561             | 2, 270, 370          | 30, 589                                  | 54                         | 4, 047                |
| Guerrero              | 586             | 1, 597, 360          | 63, 794                                  | 165                        | 4, 136                |
| Hidalgo               | 389             | 1, 193, 845          | 20, 987                                  | 53                         | 3, 059                |
| Jalisco               | 2, 535          | 3, 296, 586          | 80, 137                                  | 31                         | 1, 300                |
| México                | 2, 077          | 3, 833, 185          | 21, 461                                  | 10                         | 1, 845                |
| Michoacán             | 804             | 2, 324, 226          | 59, 864                                  | 74                         | 2, 890                |
| Morelos               | 332             | 616, 119             | 4, 941                                   | 14                         | 1, 855                |
| Nayarit               | 184             | 544, 031             | 27, 621                                  | 150                        | 2, 956                |
| Nuevo León            | 1, 637          | 1, 694, 689          | 64, 555                                  | 39                         | 1, 035                |
| Oaxaca                | 529             | 2, 171, 713          | 95, 364                                  | 180                        | 4, 105                |
| Puebla                | 1, 265          | 2, 508, 226          | 33, 919                                  | 26                         | 1, 982                |
| Querétaro             | 164             | 485, 523             | 11, 769                                  | 71                         | 2, 960                |
| Quintana Roo          | 27              | 88, 150              | 50, 350                                  | 1, 864                     | 3, 264                |
| San Luis Potosí       | 494             | 1, 281, 996          | 62, 848                                  | 127                        | 2, 595                |
| Sinaloa               | 613             | 1, 266, 528          | 58, 092                                  | 94                         | 2, 066                |
| Sonora                | 671             | 1, 098, 720          | 184, 964                                 | 275                        | 1, 637                |
| Tabasco               | 284             | 768, 327             | 24, 661                                  | 86                         | 2, 705                |
| Tamaulipas            | 954             | 1, 456, 858          | 79, 329                                  | 83                         | 1, 527                |
| Tlaxcala              | 102             | 420, 638             | 3, 914                                   | 38                         | 4, 123                |
| Veracruz              | 1, 800          | 3, 815, 422          | 72, 815                                  | 40                         | 2, 119                |
| Yucatán               | 496             | 758, 355             | 39, 340                                  | 79                         | 1, 528                |
| Zacatecas             | 219             | 951, 463             | 75, 040                                  | 342                        | 4, 344                |

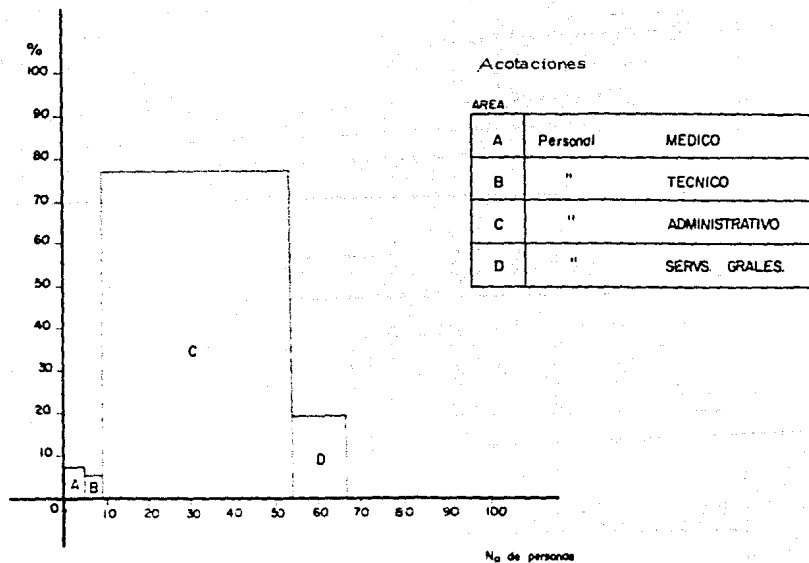
Fuente: Dirección General de Estadística. SIC.

Elaborado con datos del IX Congreso del Censo General de Población.

## SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

## DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL

## GRAFICA DE CLASIFICACION DE LOS RECURSOS HUMANOS



C U A D R O  
UNIDADES MEDICAS CON CAMAS Y SIN CAMAS  
POR INSTITUCIONES EN LA REPUBLICA MEXICANA.  
1 9 7 0

Cuadro 3

| Instituciones  | Unidades Médicas s/cama | %      | Unidades Médicas c/cama | %      |
|--|-------------------------|--------|-------------------------|--------|
| Secretaría de Salubridad y Asistencia                                      | 396                     | 20.50  | 1,692                   | 49.46  |
| Particulares   | -                       | -      | 1,030                   | 30.11  |
| Instituto Mexicano del Seguro Social                                       | 432                     | 22.36  | 404                     | 11.81  |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | 587                     | 30.38  | 27                      | 0.79   |
| Petróleos Mexicanos  | 190                     | 9.83   | 13                      | 0.38   |
| Secretaría de la Defensa Nacional  | 148                     | 7.66   | 23                      | 0.67   |
| Ferrocarriles Nacionales de México   | 67                      | 3.47   | 28                      | 0.82   |
| Instituto Nacional Indigenista   | 36                      | 1.86   | 40                      | 1.17   |
| Secretaría de Marina   | 59                      | 3.05   | 14                      | 0.41   |
| Departamento del Distrito Federal  | -                       | -      | 23                      | 0.67   |
| Otros  | 17                      | 0.89   | 127                     | 0.71   |
| Total  | 1,932                   | 100.00 | 3,421                   | 100.00 |

Fuente: Atlas de la Salud.

RECURSOS MATERIALES DE LOS SERVICIOS MEDICOS POR  
INSTITUCIONES EN LA REPUBLICA MEXICANA. 1970.

Cuadro 4

| Instituciones                           | Consul-<br>torios. | Lab. de<br>Análisis<br>Clínicos | Gab. de<br>Radiolo-<br>gía. | Quiró-<br>fanos. | Salas de<br>Expul-<br>sión. | Bancos<br>de<br>Sangre | Áreas<br>de Ur-<br>gencias | Camas de Ur-<br>gencias | Curas de<br>Recién<br>Nacidos | Incuba-<br>doras. |
|---|--------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------|
| S.S.A.                                  | 3,202              | 244                             | 283                         | 390              | 713                         | 26                     | ---                        | 223                     | 3,316                         | 315               |
| I.M.S.S.                                | 4,996              | 202                             | 223                         | 368              | 318                         | 64                     | ---                        | 1,012                   | 4,071                         | 884               |
| I.S.S.S.T.E.                            | ---                | 75                              | 30                          | 55               | 29                          | 11                     | ---                        | 131                     | 225                           | 79                |
| Ferrocarriles Na-<br>cionales de México | 232                | 1                               | ---                         | 34               | 2                           | 1                      | ---                        | 1,371                   | 110                           | 26                |
| Secretaría de la<br>Defensa Nacional    | 167                | 21                              | 20                          | 28               | 13                          | 13                     | 23                         | ---                     | 27                            | 29                |
| Petróleos Mexica-<br>nos                | 507                | 13                              | 13                          | 27               | 16                          | ---                    | 16                         | 494                     | 73                            | 44                |
| Instituto Nacional<br>Indigenista       | 23                 | 1                               | ---                         | ---              | ---                         | ---                    | ---                        | ---                     | ---                           | ---               |
| D.D.F.                                  | 166                | 23                              | 24                          | 47               | 5                           | ---                    | ---                        | ---                     | 53                            | 104               |
| Particulares                            | 1,815              | 212                             | 421                         | 1,012            | 720                         | 68                     | ---                        | 552                     | 4,916                         | 1,123             |
| Otros                                   | 597                | 67                              | 91                          | 160              | 109                         | 38                     | ---                        | 233                     | 837                           | 233               |
| T O T A L                               | 11,784             | 666                             | 1,113                       | 2,134            | 1,937                       | 223                    | 105                        | 4,334                   | 13,668                        | 2,848             |

FUENTE: Dirección General de Estadística, S.I.C. y Encuesta Directa  
Ing. J. L. Tamayo.

RECURSOS MEDICOS .

1910 - 1974

Cuadro 5

| Autor                      | Año  | Número de Médicos | Habitantes | Tasa por cada 10,000 h. | Habitantes. |
|----------------------------|------|-------------------|------------|-------------------------|-------------|
| Othón de Mendizábal        | 1910 | 2,566             | 15,160,369 | 1.7                     | 5,908       |
|                            | 1930 | 4,767             | 16,584,243 | 2.9                     | 3,479       |
|                            | 1940 | 6,664             | 19,762,603 | 3.4                     | 2,966       |
| Huerta Maldonado (a)       | 1952 | 14,221            | 27,286,886 | 5.2                     | 1,919       |
| S.S.A. (a)                 | 1957 | 18,058            | 32,607,000 | 5.5                     | 1,806       |
| Dr. M.E. Bustamante        | 1960 | 20,227            | 35,046,000 | 5.6                     | 1,782       |
| S.S.A. (a)                 | 1960 | 21,141            | 36,046,000 | 5.9                     | 1,705       |
| S.S.A. (b)                 | 1961 | 24,600            | 37,268,000 | 6.6                     | 1,515       |
| Gomédica Mexicana          | 1965 | 25,033            | 42,689,000 | 5.9                     | 1,705       |
| S.I.C. (c)                 | 1970 | 34,326            | 49,090,000 | 7.0                     | 1,430       |
| Plan Nacional de Salud (d) | 1974 | 45,000            | 56,246,938 | 8.0                     | 1,250       |

- a) Obtenido de: Bustamante M.E.; La Medicina como Función Social. Salud Pública, Mex. 1960 Pág. 61
- b) Datos proporcionados por la Dirección de Bioestadística de la S.S.A.
- c) Estadísticas de Servicios Médicos y de Salud.
- d) Datos sujetos a rectificación.

1970

Cuadro 6

|                          | Número de | Personal Especializado por Habitante |  |
|--------------------------|-----------|--------------------------------------|--|
| Médicos                  | 34,926    | 1 por cada 1400                      |  |
| Dentistas                | 5,101     | 1 por cada 9484                      |  |
| Enfermeras               | 15,789    |                                      |  |
| Auxiliares de Enfermería | 30,515    |                                      |  |

Fuente: Industria y Comercio.

PLAZAS DE PERSONAL PARAMÉDICO POR  
INSTITUCIONES EN LA REPÚBLICA MEXI-  
CANÁ.. 1 9 7 0 .

Cuadro 5.1

| Instituciones .   | Enfermeras<br>Generales | Enfermeras<br>Especializadas | Auxiliar de<br>Enfermería | Otro Personal<br>Paramédico. |
|---|-------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Secretaría de Salubridad y Asistencia   | 3,956                   | 72                           | 5,735                     | 15,278                       |
| Instituto Mexicano del Seguro Social  | 5,674                   | 798                          | 11,337                    | 14,236                       |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales<br>de los Trabajadores del Estado | 659                     | 417                          | 2,168                     | 8,602                        |
| Ferrocarriles Nacionales de México  | 477                     | 24                           | -                         | 1,005                        |
| Secretaría de la Defensa Nacional   | 866                     | 17                           | 328                       | 3,186                        |
| Petróleos Mexicanos   | 784                     | 60                           | 512                       | 1,519                        |
| Secretaría de Marina  | 136                     | 8                            | 51                        | 378                          |
| Instituto Nacional Indigenista  | 12                      | -                            | 3                         | 90                           |
| Departamento del Distrito Federal   | 1,793                   | -                            | -                         | 2,312                        |
| Particulares ( 1 )  | 2,911                   | 588                          | 6,775                     | 12,395                       |
| Otros ( 2 )   | 1,139                   | 138                          | 2,715                     | 3,776                        |
| T O T A L   | 18,407                  | 2,122                        | 29,624                    | 72,777                       |

FUENTE: Dirección General de Estadística, S.I.C. y Encuesta Directa, Ing. J.L. Tamayo  
 ( 1 ) No se incluyen unidades sin camas, se incluyen beneficencias, fundaciones y Asociaciones civiles.  
 ( 2 ) Se incluyen unidades de la Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Comunicaciones y Obras  
 Públicas, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Institución Mexicana de Ayuda a la Niñez, Ins-  
 tituto Nacional de Protección a la Infancia, Hospitales Civiles e Instituciones Descentralizadas.

RECURSOS TOTALES DEL SECTOR PUBLICO DESTINADO A SALUBRIDAD,  
SERVICIOS ASISTENCIALES Y HOSPITALARIOS, BIENESTAR Y SEGURIDAD,  
SOCIAL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1971

CUADRO 7

| Conceptos   | Millones de Pesos | Por ciento en relación al gasto total de la Federación. |
|---|-------------------|---|
| Salubridad, Servicios Asistenciales y Hospitalarios | 4,464             | 5.6   |
| Bienestar y Seguridad Social                        | 13,196            | 16.5  |
| Suma  | 17,660            | 22.1  |
| Presupuesto total de la Federación                  | 79,656            | 100.0   |

Fuente: Presupuestos de Egresos de la Federación 1971.



POR CIENTO DE DEFUNSIONES SEGUN CERTIFICACION  
M E D I C A  
MEDIOS URBANO Y RURAL  
1940 - 1970.

Cuadro 8

| Años | Medio Urbano |     | Porcentaje de certificación médica. |             |     | Total |     |
|------|--------------|-----|-------------------------------------|-------------|-----|-------|-----|
|      | Con          | Sin | Con                                 | Medio Rural | Sin | Con   | Sin |
| 1940 | 84           | 16  | 28                                  |             | 72  | 51    | 49  |
| 1950 | 87           | 13  | 29                                  |             | 71  | 53    | 47  |
| 1960 | 90           | 10  | 36                                  |             | 64  | 63    | 37  |
| 1970 | 93           | 7   | 47                                  |             | 53  | 74    | 26  |

Fuente: Tabulares de Defunciones. Dirección General de Estadística. SIC.

## SALUD PUBLICA DE MEXICO

Cuadro 9

| Concepto   | Millones de Pesos | Por ciento en relación al gasto total de la Federación. |
|--|-------------------|---|
| Salubridad, Servicios Asistenciales, Hospitalarios | 5,913             | 4.8   |
| Bienestar y Seguridad Social                       | 17,164            | 13.9  |
| Suma   | 23,077            | 18.7  |
| Presupuesto total de la Federación                 | 123,381           | 100.0   |

Fuente: Presupuestos de Egresos de la Federación 1972.

RECURSOS TOTALES DEL SECTOR PUBLICO DESTINADOS A SALUBRIDAD, SERVICIOS ASISTENCIALES Y HOSPITALARIOS, BIENESTAR Y SEGURIDAD SOCIAL.

539

Cuadro 10

| Concepto  | Millones de Pesos | Por ciento en relación al gasto total de la Federación |
|---|-------------------|--|
| Salubridad, Servicios Asistenciales y Hospitalarios | 7,162             | 4,1  |
| Bienestar y Seguridad Social                        | 22,450            | 12,8   |
| Suma  | 29,612            | 16,9   |
| Presupuesto de la Federación                        | 173,879           | 100,0  |

Fuente: Presupuestos de Egresos de la Federación 1973.

Cuadro II

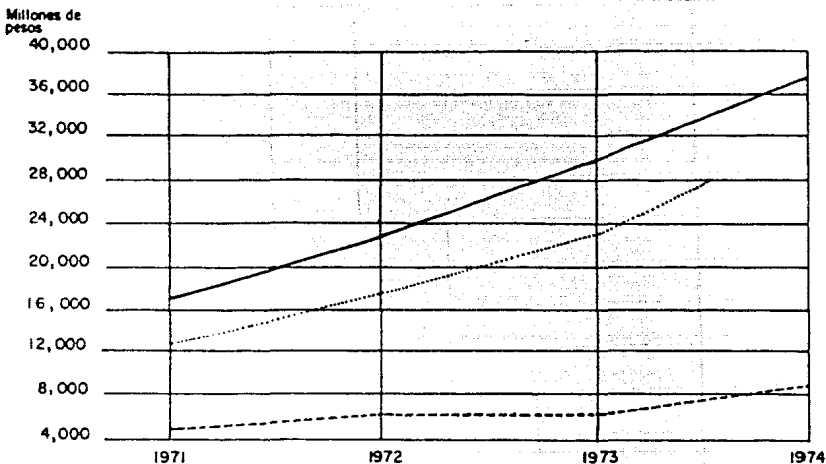
| Concepto  | Millones de Pesos | Por ciento en relación al gasto total de la Federación. |
|---|-------------------|---|
| Salubridad, Servicios Asistenciales y Hospitalarios | 8,844             | 3,9   |
| Bienestar y Seguridad Social                        | 28,051            | 12,1  |
| Suma  | 36,895            | 16,0  |
| Presupuesto total de la Federación                  | 230,960           | 100,0   |

Fuente: Presupuesto de Egresos de la Federación de 1974.

RECURSOS TOTALES DEL SECTOR PUBLICO DESTINADOS A SALUBRIDAD,  
SERVICIOS ASISTENCIALES Y HOSPITALARIOS, BIENESTAR Y SEGURIDAD  
SOCIAL. ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CUADRO 12

885



-----SALUBRIDAD, SERVICIOS ASISTENCIALES Y HOSPITALARIOS

.....BIENESTAR Y SEGURIDAD SOCIAL

——— T O T A L

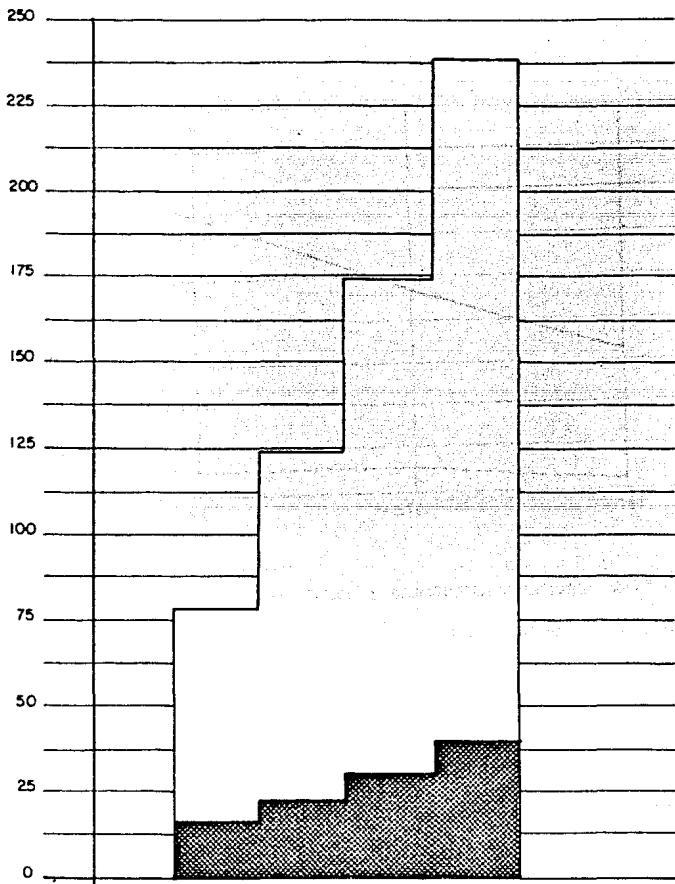
RECURSOS DEL SECTOR PUBLICO DESTINADOS A SALUBRIDAD, SERVICIOS HOSPITALARIOS, BIENESTAR Y SEGURIDAD SOCIAL, EN RELACION CON EL GASTO TOTAL DE LA FEDERACION.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CUADRO 12-1

1955

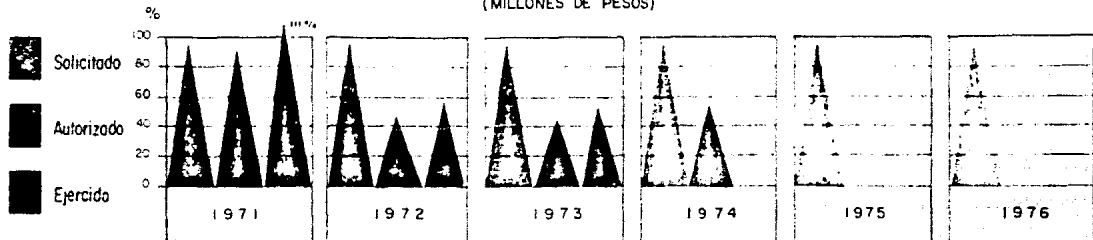
Miles de  
Millones  
de pesos





REDISTRIBUCION DE LOS PRESUPUESTOS POR DEPENDENCIA TOMANDO EN CUENTA LOS SUBPRESUPUESTOS DE LAS DEPENDENCIAS.

PRESUPUESTOS 1971-1976  
(MILLONES DE PESOS)

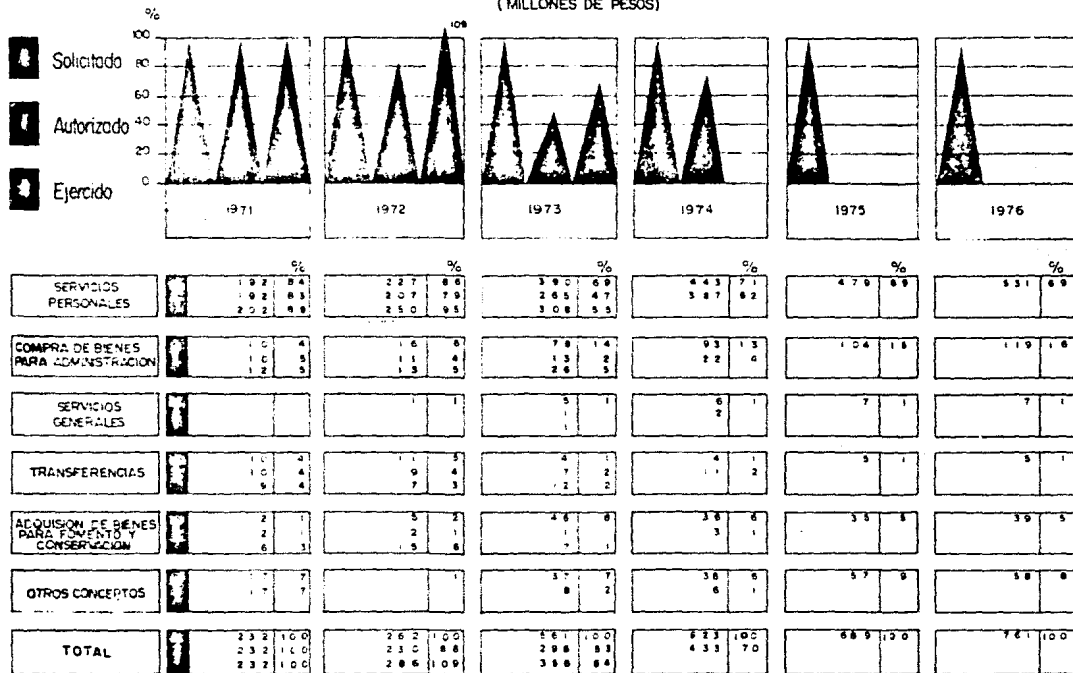


|   | 1971  |     | 1972  |     | 1973  |     | 1974  |     | 1975  |     | 1976  |     |
|---|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|
|   | M     | %   | M     | %   | M     | %   | M     | %   | M     | %   | M     | %   |
| <b>C SECRETARIO</b>                                     | 893   | 55  | 2,534 | 65  | 4,094 | 69  | 4,094 | 70  | 4,084 | 67  | 4,198 | 63  |
|   | 895   | 55  | 1,543 | 34  | 1,863 | 31  | 2,748 | 32  |       |     |       |     |
|   | 1,048 | 65  | 1,728 | 46  | 2,279 | 35  |       |     |       |     |       |     |
| <b>SUBSECRETARIA DE SALUBRIDAD</b>                      | 68    | 4   | 94    | 2   | 180   | 3   | 152   | 2   | 157   | 2   | 183   | 3   |
|   | 53    | 3   | 65    | 2   | 108   | 2   | 122   | 2   |       |     |       |     |
|   | 54    | 3   | 93    | 3   | 110   | 2   |       |     |       |     |       |     |
| <b>SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA</b>                      | 212   | 14  | 261   | 7   | 581   | 9   | 121   | 9   | 688   | 10  | 761   | 10  |
|   | 212   | 14  | 231   | 6   | 268   | 5   | 432   | 5   |       |     |       |     |
|   | 231   | 14  | 286   | 7   | 356   | 6   |       |     |       |     |       |     |
| <b>SUBSECRETARIA DE MEJORAMIENTO DEL AMBIENTE</b>       |       |     | 54    | 2   | 53    | 1   | 15    | 2   | 87    | 1   | 94    |     |
|   |       |     |       |     | 53    | 1   | 15    | 2   |       |     |       |     |
|   |       |     |       |     | 123   | 2   |       |     |       |     |       |     |
| <b>OFICIALIA MAYOR</b>                                  | 55    | 3   | 58    | 2   | 70    | 2   | 79    | 1   | 81    | 1   | 92    | 1   |
|   | 55    | 4   | 58    | 2   | 71    | 1   | 79    | 1   |       |     |       |     |
|   | 58    | 4   | 68    | 2   | 79    | 1   |       |     |       |     |       |     |
| <b>ATENCIONES GENERALES</b>                             | 221   | 14  | 642   | 7   | 642   | 11  | 712   | 11  | 786   | 12  | 869   | 13  |
|   | 212   | 13  | 293   | 8   | 383   | 6   | 337   | 5   |       |     |       |     |
|   | 228   | 14  | 278   | 7   | 358   | 5   |       |     |       |     |       |     |
| <b>ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS Y ASISTENCIA PRIVADA</b> | 165   | 10  | 282   | 7   | 324   | 6   | 390   | 6   | 445   | 7   | 508   | 9   |
|   | 156   | 10  | 182   | 4   | 262   | 4   | 469   | 7   |       |     |       |     |
|   | 173   | 11  | 206   | 5   | 256   | 5   |       |     |       |     |       |     |
| <b>TOTAL</b>  | 1,828 | 100 | 3,880 | 100 | 5,968 | 100 | 8,723 | 100 | 6,832 | 100 | 6,669 | 100 |
|   | 1,805 | 99  | 2,172 | 56  | 3,019 | 50  | 3,705 | 52  |       |     |       |     |
|   | 1,804 | 111 | 2,714 | 70  | 3,384 | 56  |       |     |       |     |       |     |



SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA  
Y SUS DEPENDENCIAS (POR CAPITULOS)

PRESUPUESTOS 1971-1976  
(MILLONES DE PESOS)







# SECRETARIA DE SALUD Y ASISTENCIA INVERSION PROGRAMADA

(Millones de pesos)

|                                       |      | 500 | 1000 | 1500 | 2000 | 2500 |
|---------------------------------------|------|-----|------|------|------|------|
| <b>TIPO DE INVERSION</b>              |      |     |      |      |      |      |
| PROGRAMAS Y OBRAS EN PROCESO.         | 1972 |     | 873  |      |      |      |
|                                       | 1973 |     |      |      |      |      |
|                                       | 1974 |     |      |      |      |      |
| PROGRAMAS Y OBRAS NUEVAS.             | 1972 |     |      |      | 1771 |      |
|                                       | 1973 |     |      |      |      | 2112 |
|                                       | 1974 |     |      | 1248 | 1885 |      |
| PROGRAMAS DE ESTUDIOS E INVESTIGACION | 1972 |     |      |      |      |      |
|                                       | 1973 | 6   |      |      |      |      |
|                                       | 1974 | 4   |      |      |      |      |
| MANTENIMIENTO Y CONSERVACION.         | 1972 |     |      |      |      |      |
|                                       | 1973 | 12  |      |      |      |      |
|                                       | 1974 | 15  |      |      |      |      |
| <b>TOTALES</b>                        | 1972 |     | 873  |      |      |      |
|                                       | 1973 |     |      |      | 1789 |      |
|                                       | 1974 |     |      | 1262 | 1904 | 2135 |

COORDINACION DE LOS SERVICIOS SANTARIOS ASISTENCIALES  
CON LOS ESTADOS.

SE ENCUENTRAN ACTUALIZADOS ESTOS CONVENIOS PARA LOGRAR  
UNA MEJOR COORDINACION EN LA APLICACION DE LOS RECURSOS  
FEDERALES, ESTATALES Y MUNICIPALES