

881211 2g.

UNIVERSIDAD ANAHUAC

ESCUELA DE ECONOMIA



VINCE IN BONO MALUM

LOS PROBLEMAS DE LA ASISTENCIA SOCIAL
EN MEXICO:
UNA PROPUESTA DE SOLUCION

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ECONOMIA
P R E S E N T A N :

ANA LILIA NAVARRO SANCHEZ



AUGUSTO NAVARRETE CRUCES

MEXICO. D. F.

269743

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INTRODUCCIÓN

I ANTECEDENTES

- 1. HISTÓRICOS 3
- 2. ECONÓMICOS 6

II SITUACIÓN ACTUAL DE LA ASISTENCIA SOCIAL EN MÉXICO

- 1. MARCO LEGISLATIVO VIGENTE 10
 - 1.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
 - 1.2 Ley General de Salud
 - 1.3 Programa Nacional de Salud
 - 1.4 Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social
 - 1.5 Normas Técnicas en Materia de Asistencia Social
 - 1.6 Ley de Salud para el Distrito Federal
 - 1.7 Ley de Instituciones de Asistencia Privada en el Distrito Federal
- 2. INSTITUCIONES QUE PROPORCIONAN SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL 25
 - 2.1 Total de Establecimientos por Tipo
 - 2.2 Distribución de Establecimientos por Entidad Federativa
 - 2.3 Población Atendida
 - 2.4 Muestra de Instituciones Privadas:
 - A) Clasificación
 - B) Cobertura
 - C) Fuentes de Financiamiento y Egresos
 - D) Egresos

III PRINCIPALES PROBLEMAS QUE ENFRENTA LA ASISTENCIA SOCIAL EN EL PERIODO 1982-1988.

- 1. MARCO LEGISLATIVO 34
- 2. INSTANCIAS PARTICIPANTES Y POBLACIÓN ATENDIDA 36
- 3. FINANCIAMIENTO 40

IV LA ACTUAL POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL	
1. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1989-1994	42
1.1 Salud, Asistencia y Seguridad Social	
1.2 Erradicación de la Pobreza Extrema	
2. PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD	48
2.1 Principios Generales del PRONASOL	
2.2 Vertientes de Acción	
2.3 Operación	
2.4 Comités Locales de Solidaridad	
2.5 Resultados de los Primeros Tres Años de Operación del Programa	
3. ANÁLISIS ECONÓMICO	55
V CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	63

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS, HEMEROGRÁFICAS Y DOCUMENTALES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

Este estudio tiene como fin analizar la problemática que representa la prestación de los servicios asistenciales en México, tanto por el sector público como por el privado, principalmente en el periodo comprendido entre 1982 y 1988, y en algunos apartados se extiende este periodo hasta 1991.

El objetivo es demostrar que la política asistencial en México ha carecido de consistencia y continuidad pero, sobre todo, de metas precisas y congruentes con las necesidades de la población de bajos recursos. De hecho, su implantación nunca tuvo un proyecto o programa acorde a las necesidades mencionadas; más bien esta política surge como consecuencia de cambios sociales, políticos y económicos, es decir, que ha estado destinada a aminorar el descontento social más que como una verdadera prioridad en sí misma.

Definiremos a los servicios asistenciales como aquellos que se aplican a los sectores social y económicamente débiles y por lo tanto estos servicios no deben limitarse a la satisfacción de necesidades de subsistencia o de atención a la salud; sino procurar por su conducto el desarrollo integral de los individuos para hacer de ellos personas útiles a la colectividad.

Para el análisis del problema de los servicios asistenciales resulta indispensable conocer, aunque sea de manera somera, su evolución histórica en el marco de los acontecimientos económicos y políticos de nuestro país.

Así también resulta primordial la revisión del desarrollo del marco legal para el periodo señalado, indicando los principales aspectos de cada una de las disposiciones normativas emitidas, ya que su desarrollo nos ayudará a ubicar la problemática y centrar su discusión.

Por otro lado, se describen los tipos de establecimientos que prestan servicios de asistencia y la manera en que operaba una muestra representativa de instituciones asistenciales privadas en 1987.

Por último, y en virtud de la importancia que deberá revestir el gasto social dentro del gasto público, consideramos relevante el determinar la eficiencia en su asignación; se hace una propuesta de integración de las instancias gubernamentales que permita resolver la problemática existente y cómo volver eficiente el gasto del sector público en este rubro al aprovechar de mejor manera los recursos, tanto privados como públicos dedicados a la asistencia social

Este trabajo se elaboró bajo el supuesto de que los mecanismos de mercado para asignar recursos a la prestación de servicios asistenciales no funcionan, por ser éstos, servicios que se prestan por debajo de su costo.

I ANTECEDENTES

1 HISTORICOS

Una de las necesidades sociales de primer orden desde el arribo de México al desarrollo capitalista mundial, ha sido la defensa de la salud pública y la protección de las capas más desvalidas de la población.¹

Los sucesivos gobiernos, primero del tipo colonial dependiente y luego independiente, al menos desde el punto de vista político, debieron establecer políticas encaminadas a resolver la pobreza de amplias capas de la población motivadas por las precarias condiciones de trabajo; la desnutrición; las endemias y las epidemias; la incultura, el analfabetismo y la falta de fuentes de trabajo.

De las medidas adoptadas se tiene testimonio de que en la época colonial, se determinó, por mandato real, la creación y el manejo de hospitales para menesterosos y escuelas para naturales.

Así, en los siglos XVI y XVII, la creación y el manejo de establecimientos asistenciales estuvo a cargo de la Iglesia que, por contar con recursos económicos, producto de los diezmos, donativos, legados y confiscaciones, así como por tratar de aplicar su doctrina de caridad, mantenía el control sobre las instituciones que proporcionaban ayuda o educación a personas indigentes.

En esa época la prestación de los servicios no era considerada acto caritativo sino de beneficencia. Sin embargo, no existió unidad en la administración y control de los establecimientos, así, había instituciones a cargo del ayuntamiento, del cabildo eclesiástico o de diferentes cofradías. Destaca la fundación de los Hospitales: José de los Naturales, San Hipólito, De los

Desamparados; la Casa Cuna de Coyoacán y, el Colegio de Santa Cruz Tlalteolco, entre otros. Posteriormente, entre la consumación de la Independencia y la iniciación de la Reforma, la prestación de servicios asistenciales se vio influida por dos causas principales: en primer término, los principios de igualdad humana, base del movimiento independentista; y, en segundo término, los requerimientos de servicios de asistencia que surgen como consecuencia de las luchas armadas.

La autoridad civil exclusivamente realizaba inspecciones a través del Gobierno a las instituciones del ayuntamiento, y a través de la Secretaría de Justicia a las que dependían del clero. La coordinación de las diferentes instancias era casi nula debido a la inestabilidad política de entonces. Durante la Reforma, y como consecuencia de las leyes de desamortización de los bienes eclesiásticos, y del decreto de 1861 por medio del cual el presidente Benito Juárez creó la Dirección de Beneficencia Pública, las congregaciones benéficas se organizaron **como un servicio público, cambiando su naturaleza y experimentando un importante desarrollo**; cimiento de las actividades que se llevan a cabo en la actualidad. A partir de ese año, la Beneficencia Pública operó con su propia tesorería, manejando sus fondos bajo la vigilancia de la Secretaría de Gobernación

No obstante, los servicios proporcionados eran limitados y poco eficientes, ya que el Estado tomaba por primera vez la responsabilidad de mantener y mejorar el bienestar social, para lo cual no contaba con recursos humanos ni económicos adicionales

Durante la Revolución y en los años inmediatos posteriores, las labores se vieron nuevamente influidas por los movimientos socio-políticos que en aras de una ideología nacionalista progresista y de beneficio social y popular, establecieron derechos individuales considerados como mínimos del bienestar

humano, tales como el derecho a la salud, la educación y la asistencia pública; como derechos inalienables del pueblo, consolidándose la obligación del Estado de atender a toda la población.

Cabe hacer notar que es precisamente después de los dos movimientos sociales, económicos y políticos más importantes de nuestra historia: la Independencia y la Revolución; que la asistencia social parece tomar mayor importancia.

Como consecuencia, a partir de 1920, el gobierno revolucionario emprendió la reorganización de la Beneficencia Pública, a la que se le asignó la totalidad de los productos de la Lotería Nacional, impulsando la construcción y readaptación de los establecimientos asistenciales, con lo que integró un sistema más organizado para el apoyo de la población de menores ingresos.

No obstante, no es sino hasta la administración del General Lázaro Cárdenas cuando el Estado reconoce que debe sustituirse la noción de Beneficencia por Asistencia Pública, en virtud de que los servicios que demandan los individuos socialmente débiles, deben no sólo satisfacer los mínimos de bienestar, sino llevar al individuo a su desarrollo integral. Por tal motivo, en 1938 se creó la Secretaría de Asistencia Pública que operaría con recursos asignados por el Erario Federal y con los productos de las beneficencias públicas y privadas.²

Posteriormente, en 1943, el presidente Avila Camacho fusionó la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

A partir de ese momento, la Asistencia Social fue atendida por una oficina ejecutiva específica: la Dirección de Asistencia Social en el Distrito Federal; lo

que indica cómo los servicios de asistencia social se encontraban totalmente centralizados, dejando a la población rural prácticamente sin acceso a estos servicios.

Más tarde, esta oficina sufrió una serie de modificaciones; pues en un principio tuvo bajo su control la asistencia médica, preventiva, de alimentación, educación y de ancianos, entre otras, que comprendía desde casa cuna, asilos, albergues, internados, comedores, centros de higiene materno-infantil y maternidades; incluyendo consultorios, hospitales y escuelas para incapacitados (ciegos, sordomudos y lisiados, entre otros); pero con el tiempo, estos servicios se desmembraron para formar unidades específicas. Así, se creó la Dirección de Higiene y Asistencia Materno Infantil, que se encargó del control de la asistencia a la madre y al niño preescolar, unidad que posteriormente se convertiría en el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, ahora Desarrollo Integral de la Familia (DIF); la Dirección de Rehabilitación que se encargó de repartir Asistencia a incapacitados físicos; y la Dirección de Asistencia Médica que se encargó de consultorios y hospitales. ³

2 ECONOMICOS

Después de la Revolución, México se convirtió en una economía de las más estables en Latinoamérica pero con una profunda desigualdad en la distribución del ingreso.

Ni el rápido crecimiento económico entre 1940 y 1970, ni la gran expansión petrolera en la segunda mitad de los setentas pudieron modificar significativamente la desigualdad en la distribución del ingreso. Durante 1940 y 1970 el producto nacional bruto (PNB) de la economía mexicana creció a una tasa del 6% anual y a más del 3% anual per capita ⁴

En este periodo el auge económico tuvo repercusiones tanto en el tamaño de la población como en su distribución. La población total pasó de 19.6 millones en 1940 a 73 millones en 1982, convirtiéndose en un país principalmente urbano; la población de las zonas urbanas pasó del 22% en 1940 al 42.3% en 1970 y al 55% para los inicios de los ochentas. Sin embargo, la distribución del ingreso no se modificó considerablemente, más aún, la primera fase del rápido crecimiento económico se alcanzó a expensas de una pronunciación de esa desigualdad. Es por eso que durante los años cincuenta los pobres se volvieron más pobres, situación que se agravó, pues para los años sesenta el 40% de la población económicamente activa, percibía sólo el 11% del ingreso nacional.³

Para la década de los años setenta, el mayor costo social asociado con el desarrollo económico empieza a aparecer; el nivel de los salarios y las condiciones de empleo empeoraron y se empieza a generar un descontento social y político que se hace patente en los disturbios de 1968 y 1971; esta fue la alerta a la necesidad de hacer ajustes en la política, así, el presidente Luis Echeverría crea y revitaliza varias empresas estatales en el campo de la producción, distribución y asistencia.

Y, en efecto, el gasto público en asistencia social creció significativamente en términos reales: para 1972, el gasto en desarrollo social representaba el 46.6% del gasto total del gobierno; sin embargo, para 1981 había descendido al 38.9%.

A continuación se muestra el cuadro número en el que se expresa el gasto en desarrollo social como porcentaje del PNB, cabe aclarar que la cifra incluye educación, salud, seguridad social y asistencia social, siendo este último el renglón de menor magnitud, como puede apreciarse.

Aunque la economía continuó creciendo a una tasa satisfactoria durante los años setenta (promedio de 5.9% anual), se va gestando una crisis económico financiera que culmina en los años de 1982-83 con una de las recesiones más severas de la historia de México.

Durante este periodo, México firma Carta de Intención con el Fondo Monetario Internacional, en la que se compromete a seguir una política de austeridad, dentro de la cual, si bien se debe restringir el gasto público, se haría en particular en gasto social. Se habla también de la instrumentación de un programa que evite la inquietud social, en particular de los grupos más perjudicados.⁶

Para fines de 1982, Miguel de la Madrid asume la presidencia de México, y en atención a la crítica situación económica, social y política del país, elabora un Programa de Emergencia dentro del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, donde se contempla al gasto en asistencia como de alta prioridad, tendiente a mitigar los efectos de las medidas de austeridad.⁷

Adicionalmente, al estructurar su Plan Nacional de Desarrollo incluye medidas de bienestar social; estas medidas se revisarán con detenimiento en el siguiente capítulo.

Finalmente, reiteramos que los servicios sociales han sido históricamente actividades tendientes a remediar o tratar de mitigar el descontento social y no programas preventivos y mucho menos programas que apoyen, estimulen y coayuden al desarrollo económico nacional

Desde nuestro punto de vista para que los servicios asistenciales dejen de ser correctivos y se conviertan en preventivos es necesario que formen parte de una estrategia global de desarrollo y que cuenten con una unidad totalmente

integrada y responsable de la correcta planeación e implantación de una política claramente definida.

Así, para asegurar el éxito de la política en materia de asistencia social, desde su formulación, asignación de recursos, diseño de programas e instrumentación de los mismos; ésta debe estar a cargo de una sola institución, por lo que proponemos la creación de la Secretaría de Asistencia Social, propuesta que con detenimiento en el último capítulo.

II SITUACION ACTUAL DE LA ASISTENCIA SOCIAL EN MEXICO

1. MARCO LEGISLATIVO VIGENTE

Como consecuencia de la crisis económica que el país enfrentaba a principio de la década de los ochenta, con una inflación cercana al 100 % anual, en 1982, los salarios reales se habían deteriorado sensiblemente y en consecuencia, el poder adquisitivo de los trabajadores. Aunado a esto, el aumento en la tasa de desempleo se convertía en una fuente potencial de conflicto social.

Para mejorar la situación económica general del país, y en particular a las clases menos favorecidas de la sociedad, el gobierno adopta una estrategia de corto plazo, el Programa Inmediato de Reorientación Económica (PIRE), que señalaba las principales acciones a desarrollar de manera inmediata para enfrentar la crisis.

Posteriormente, a través del Plan Nacional de Desarrollo, se pretendió sentar las bases para un crecimiento económico y un desarrollo social ordenado y sostenido. Es en este contexto que se insertan las medidas en materia de salud y asistencia social.

Debido a la carencia de un marco legislativo actualizado que permitiera el establecimiento de medidas específicas en materia de salud y asistencia social, se decidió modificar la Constitución y elevar a rango constitucional el derecho a la protección de la salud ⁸ Esta decisión con una amplia resonancia política para la imagen del nuevo gobierno, se acompañó de la creación de todo un marco legal, constituido por los siguientes ordenamientos

- Ley General de Salud
- Programa Nacional de Salud
- Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social
- Normas Técnicas en materia de Asistencia Social
- Ley de Salud para el Distrito Federal

La importancia de estos ordenamientos radica en que definen el concepto de asistencia social, determinan las principales estrategias y acciones en la materia y especifican responsabilidades y competencias para la prestación y regulación de los servicios asistenciales, posibilitando así la delimitación de competencias y programación de acciones en el mediano y largo plazos.

En virtud de que el marco legislativo se integró en su totalidad por nuevos ordenamientos, se consideró indispensable elaborar una breve síntesis de los aspectos que cubre cada uno de ellos para tratar de entender hacia dónde se pretendió orientar cada una de las acciones y, con el análisis de éstas, determinar los aspectos que se cubrieron y las deficiencias del nuevo programa legislativo.

A continuación se presentan las principales disposiciones de cada ordenamiento para analizar, posteriormente, los logros y limitaciones que se detectaron en el mismo.

1.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Durante el régimen del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, el 3 de febrero de 1983 se modifica la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos con la adición al artículo 4°, en el que se reconoce que la salud es un derecho básico

de los mexicanos, y en cuya protección deben participar el Estado, la sociedad y los diversos sectores que organizadamente la componen.⁹

Asimismo, el nuevo artículo 25 Constitucional establece que el desarrollo del país será integral y vigorizará la soberanía de la nación y la democracia a través del fomento del crecimiento económico, el empleo, un equitativo reparto del ingreso y la riqueza para así hacer posible el ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases que componen a la sociedad mexicana.¹⁰

1.2 Ley General de Salud.

Para cumplir este propósito se consideró necesario proteger la salud de los mexicanos con medidas solidarias como la asistencia social. Así, y en cumplimiento con la nueva obligación social, el 23 de diciembre de 1983 se aprobó la Ley General de Salud (LGS), reglamentaria del artículo 4º Constitucional.

Es con la promulgación de esta Ley que la Asistencia Social adquiere relevancia al ser considerada entre los tres servicios básicos de salud, a saber: atención médica, salud pública y asistencia social.¹¹

Entendiéndose por atención médica a las actividades tendientes a prevenir las enfermedades de los individuos y, en su caso, a restaurar la salud; la salud pública comprende aquellas orientadas a preservar la salud de la colectividad mediante la instrumentación de normas sanitarias, campañas de vacunación e intervenciones en caso de desastre, la asistencia social se define en el artículo 67 de la Ley General de Salud, como se verá más adelante

Por primera vez en la historia de la Legislación Sanitaria Mexicana, la asistencia social se incluye entre las materias de salubridad general y se reconoce como una de las tareas prioritarias a cargo del Estado y la comunidad.

El Sistema Nacional de Salud, integrado por la Secretaría de Salud, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, define como objetivos en materia de asistencia social, los siguientes:

- Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.
- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración y al crecimiento físico de la niñez.¹²
- Otra aportación fundamental de la Ley General de Salud es su artículo 67, en el cual define a la asistencia social como el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

La importancia de este artículo radica en el hecho de que se cuenta ya con un ámbito específico de aplicación, para la asistencia social, que se aclara aún más con la determinación, en el artículo 168 de las actividades básicas de asistencia social:

- Atención a personas que por sus carencias socio-económicas o por problemas de invalidez, se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos, de subsistencia y desarrollo.
- Atención en establecimientos especializados, a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e invalidez sin recursos.
- Promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud.
- Ejercicio de la tutela de los menores, en los términos de las disposiciones legales aplicables.
- Prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos e inválidos sin recursos.
- Realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social
- Promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencias, en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social que se lleven a cabo en su propio beneficio.
- Apoyo a la educación y capacitación para el trabajo de personas con carencias socio-económicas.
- Prestación de servicios financieros.

Estas actividades transforman radicalmente el perfil de la asistencia social en nuestro país, pues la actividad asistencial adquiere, desde el punto de vista

constitucional y legal, una dimensión programática, ya que el Estado se obliga a establecer las condiciones para que los grupos más necesitados de la población gocen progresivamente de los satisfactorios que le aseguren el pleno ejercicio de su derecho a la protección de la salud. El Estado queda así comprometido a proporcionar en forma sistemática servicios de asistencia social y normar, promover y coordinar los que brinden los sectores social y privado.

1.3 Programa Nacional de Salud.

En cumplimiento al compromiso establecido para el Sector Salud, el 7 de agosto de 1984 se dio a conocer el Programa Nacional de Salud 1984-1988, que incluía en sus programas de acción el fortalecimiento de la asistencia social en dos ámbitos: el primero, orientado a la protección de individuos y, el segundo, dirigido a los agrupamientos básicos de la sociedad como son la familia y la comunidad.

El Programa Nacional estableció las acciones siguientes:

- Formular y desarrollar programas de investigación sobre la asistencia social que permitieran conocer las necesidades y demandas de la población, conjugando los esfuerzos de las instituciones del sector.
- Precisar los alcances de la asistencia social y establecer la normatividad a que deberían sujetarse las instituciones prestadoras de servicios asistenciales, en sus diferentes modalidades de atención, así como los sistemas y procedimientos que permitirían el uso y aprovechamiento racional de los recursos materiales, financieros y humanos.

- Revisar y actualizar los ordenamientos legales en materia de asistencia social, y proponer la legislación que estableciera y reforzara los mecanismos de coordinación intersectorial y con los estados y municipios, así como con los sectores social y privado.
- Fortalecer la descentralización de los servicios de asistencia social.
- Prestar servicios de asistencia social, prioritariamente a menores infractores y en estado de abandono, ancianos desamparados, minusválidos y madres gestantes de escasos recursos, así como a indigentes.
- Mejorar los sistemas de asistencia y protección social a la niñez.
- Formular y desarrollar, con la participación popular, programas y actividades relacionados con el bienestar colectivo y con las responsabilidades familiares, cívicas y sociales.
- Promover el mejoramiento de los hábitos alimenticios de la población, para elevar sus niveles nutricionales.
- Promover la integración familiar y comunitaria para propiciar el aseguramiento de las condiciones mínimas de bienestar de la población.
- Inducir la participación de la comunidad en la determinación de sus necesidades y en la satisfacción de las mismas, mediante su intervención en la prestación de los servicios asistenciales de que sea objeto.
- Fomentar el desarrollo de actividades socialmente productivas, para elevar el nivel de vida familiar y comunal.

- Brindar capacitación y adiestramiento a la población de escasos recursos para que pudiera acceder al mercado de trabajo.
- Fomentar la capacitación de recursos humanos que apoyaran la asistencia social, mediante la enseñanza teórico-práctica.
- Propiciar la participación de gobiernos estatales y municipales, de los sectores social y privado, así como de la comunidad, en el desarrollo de programas de integración familiar y mejoramiento comunitario.
- Establecer las medidas de coordinación, supervisión y evaluación de los programas y acciones de asistencia social que se llevaran a cabo en el ámbito nacional.
- Establecer los lineamientos y mecanismos para la adquisición de insumos necesarios para la prestación de los servicios de asistencia social. **13**

Asimismo, se definieron acciones en cada una de las seis líneas estratégicas de acción, a saber:

- Contribuir al desarrollo físico y mental de la niñez, particularmente de menores desprotegidos.
- Promover el bienestar social de los ancianos, principalmente de los de escasos recursos y desamparados.
- Coadyuvar a la incorporación de los minusválidos e indigentes a la vida productiva y social.

- Apoyar a las mujeres de escasos recursos en periodos de gestación o lactancia.
- Promover y fortalecer el desarrollo integral de la familia.
- Apoyar el desarrollo de la comunidad coadyuvando en la satisfacción de necesidades básicas de los grupos marginados.¹⁴

1.4 Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley General de Salud y del Programa Nacional de Salud, relativas a asistencia social, el 9 de enero de 1986 se publica la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (LSNAS).

Se establece que esta ley regirá en toda la República, sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto establecer las bases y procedimientos de un sistema que promueva la prestación de servicios y coordine el acceso de los mismos, garantizando la concurrencia y colaboración de la Federación, las Entidades Federativas y los Sectores Social y Privado.

El artículo 3o. retoma la definición de asistencia social establecida en la Ley General de Salud, y el artículo 9o. define tres objetivos.

1. Garantizar la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios, preferentemente en las regiones menos desarrolladas y a los grupos más vulnerables.

2. Definir los criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización, de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.
3. Establecer y llevar a cabo conjuntamente programas interinstitucionales que aseguren la atención integral de los grupos sociales vulnerables.

En el artículo duodécimo se señalan como servicios básicos de asistencia social, además de los establecidos en el artículo 168 de la Ley General de Salud los siguientes:

- Prevención de invalidez y la rehabilitación de inválidos.
- La orientación nutricional y la alimentación complementaria a personas de escasos recursos y a población de zonas marginadas.
- Promoción del desarrollo, el mejoramiento y la integración familiar.
- Desarrollo comunitario en localidades y zonas social y económicamente marginadas.
- Promoción e impulso del sano crecimiento físico, mental y social de la niñez.
- Establecimiento y manejo del Sistema Nacional de Información Básica en materia de Asistencia Social.
- Colaboración y auxilio a las autoridades laborales competentes, en la vigilancia y aplicación de la legislación laboral aplicable a menores.

- Fomento de acciones de paternidad responsable, que propicien la preservación de los derechos de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental.
- Impulso de actividades que tiendan a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo su desarrollo integral

El artículo cuarto define a la población sujeta a recibir servicios de asistencia social:

- Menores en estado de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos a maltrato.
- Menores infractores.
- Alcohólicos, farmacodependientes o individuos en condiciones de vagancia.
- Mujeres en periodo de gestación o lactancia.
- Ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato.
- Inválidos por causas de ceguera, debilidad visual, sordera, mudez, alteraciones del sistema neuro-músculo-esquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje u otras deficiencias.
- Indigentes.
- Personas que por su extrema ignorancia requieren de servicios asistenciales.
- Víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono.
- Familiares que dependen económicamente de quiénes se encuentran detenidos por causas penales y que queden en estado de abandono
- Habitantes del medio rural o del urbano marginados que carezcan de lo indispensable para su subsistencia
- Personas afectadas por desastres **15**

Como puede apreciarse, de acuerdo con la definición anterior, los sujetos de asistencia social son un número incalculable y muy general. Sin embargo, con la emisión de normas técnicas, por parte de la Secretaría de Salud, que son de observancia obligatoria en todas las unidades del sector público, social y privado del país que presten servicios de asistencia social, se definen de mejor manera algunas características.

1.5 Normas Técnicas en Materia de Asistencia Social.

Las normas técnicas contemplan la operación, tipos de servicios que deben prestar las instituciones y definen la población a atender en las mismas.

Hasta 1991, se habían emitido normas técnicas para los siguientes tipos de servicios de asistencia social:

1. Albergue para Adultos.
2. Rehabilitación extrahospitalaria.
3. Casa Hogar para menores.
4. Guardería para menores.
5. Escuela Asistencial para menores.
6. Casa Hogar para ancianos.
7. Casa Cuna.
8. De alimentación a población marginada de escasos recursos.
9. Comedor para población indigente y de escasos recursos.
10. Centro de desarrollo comunitario.
11. Hogar Substituto.

Adicionalmente a las disposiciones anteriores cuyo detalle pretende dar una idea global de como se intentó enfocar, por el anterior régimen la asistencia social, existen otras disposiciones de aplicación local, que se analizarán brevemente para presentar con claridad como es que existe una superposición de actividades, fundamentalmente en el Distrito Federal.

Antes de este análisis, cabe señalar que las competencias que cada una de las disposiciones antes señaladas otorga a las dependencias del sector público, serán revisadas y comparadas en el próximo capítulo.

1.6 Ley de Salud para el Distrito Federal.

Como consecuencia de la descentralización de los servicios de salud, el 15 de enero de 1987, se publica la Ley de Salud para el Distrito Federal (LSDF), en la cual se plantean **dos objetivos que corresponden a asistencia social**:

Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social y, dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez. **16**

Como puede observarse estos objetivos son los mismos que plantea la Ley General de Salud, sólo que su aplicación es para el Distrito Federal.

1.7 Ley de Instituciones de Asistencia Privada en el Distrito Federal

De las disposiciones anteriores ninguna hace referencia a las instituciones de asistencia privada, con excepción de las normas técnicas. Sin embargo, dada la importancia que las instituciones privadas han tenido tradicionalmente, es importante señalar los principales aspectos de la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal (LIAPDF).

En primer término, la LIAPDF establece que se considera como institución de asistencia privada, a aquellas entidades jurídicas que, con bienes de propiedad particular, ejecutan actos con fines humanitarios de asistencia, sin propósito de lucro y sin designar individualmente a los beneficiarios, reconociéndoseles capacidad para tener un patrimonio propio, destinado a la realización de sus fines.

Asimismo, define tres tipos de instituciones de asistencia privada (IAP):

1. **Fundaciones.**- Personas morales que se constituyen mediante la afectación irrevocable de bienes de propiedad privada destinados a la realización de actos de asistencia.
2. **Asociaciones.**- Personas morales que por voluntad de los particulares se constituyen en términos de la ley y cuyos miembros aportan cuotas periódicas para el sostenimiento de la institución, sin perjuicio de que pueda pactarse que los asociados contribuyan además con servicios personales.
3. **Juntas de Socorro o Asistencia.**- Asociaciones transitorias creadas para satisfacer necesidades producidas por epidemias, guerras, terremotos inundaciones o por causas económicas.

La autoridad máxima en las IAP es el patronato, constituido por el conjunto de patronos que son responsables de la administración y la representación legal.¹⁷

La ley establece que estas instituciones se consideran de utilidad pública y están exentas del pago de los impuestos directos y aprovechamientos que establezcan las leyes del Distrito Federal; de los impuestos que corresponden a los productos fabricados en sus propios talleres y que se realicen en expendios de las mismas instituciones; así como de impuestos federales cuando las leyes de aplicación federal lo determinen.

Como instancia de regulación, la Ley establece a la Junta de Asistencia Privada como un órgano administrativo desconcentrado por función, jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Salud, por medio del cual el poder público ejerce la vigilancia y asesoría que le compete sobre las instituciones de asistencia privada, definiendo, asimismo, su integración y funciones.

En el marco de la asistencia social, además de las instituciones de asistencia privada anteriormente referidas, se identifican las asociaciones civiles no lucrativas, cuyos objetivos se orientan a la prestación de servicios privados de asistencia social.

Ambos tipos son excluyentes entre sí. Su diferencia radica en las leyes que los regulan, siendo las asociaciones civiles regidas por el Código Civil, aunque deberán sujetarse al igual que las IAP, a las normas y disposiciones de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.

El Código Civil establece que una Asociación Civil es un grupo de individuos que convienen en reunirse de manera que no sea enteramente transitoria, para realizar un fin común no prohibido por la ley y que no tenga

carácter preponderantemente económico. El contrato por el cual se constituye debe constar por escrito, reservándose el derecho de admitir y excluir asociados y rigiéndose por sus propios estatutos.¹⁸

Como se analizará más adelante, el hecho de que estas leyes y normas sean elaboradas y emitidas por diversas instancias, ocasiona algunos problemas de coordinación que son el tema del siguiente capítulo.

Como puede apreciarse existen varias inconsistencias en las disposiciones, que se analizan a detalle en el siguiente capítulo. Sin embargo, cabe señalar la importancia de conocerlas, aunque sea de manera superficial, puesto que esto nos permitirá por un lado, tratar de detectar en que grado se dio cumplimiento, y por otro, interpretar si el deseo era mejorar efectivamente los servicios o simplemente se trató de una estrategia política.

2.- INSTITUCIONES QUE PROPORCIONAN SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL.

Como ya se dijo, la crisis económica de la década de los años ochenta acentuó la desigualdad en la distribución del ingreso haciendo necesario intensificar y diversificar los servicios de asistencia social dirigidos a la población sin acceso a los mínimos de bienestar.

Las actividades asistenciales han sido y son realizadas tanto por el sector público, como por el sector privado, correspondiendo al primero la responsabilidad de emitir leyes y normas para la prestación de los servicios; la creación, promoción e instalación de programas e infraestructura para la asistencia social, así como la prestación de servicios sociales y asistenciales.

Por su parte, el sector privado (atendiendo al concepto de solidaridad social), participa en la asistencia social proporcionando servicios a la población de escasos recursos.

En el sector público las principales instancias que intervienen en la prestación de servicios de asistencia social son:

- Secretaría de Salud (SSA).
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
- Departamento del Distrito Federal (DDF).
- Instituto Nacional de la Senectud (INS).
- Consejo Nacional de Recursos para la Juventud (CREA).
- Centros de Integración Juvenil (CIJ).
- Patronato Nacional de Promotores Voluntarios (PNPV).
- Instituto Nacional Indigenista (INI).
- Secretaría de Gobernación (SG).
- Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE).
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

2.1 Total de Establecimientos por tipo.

De acuerdo a la información disponible en el Sistema Nacional de Información de Asistencia Social, a cargo del DIF, al cual tuvimos acceso en 1988, el total de establecimientos públicos y privados para la asistencia social, en 1987, era de 4,923 en todo el país, de acuerdo con los siguientes tipos

**ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS Y PRIVADOS PARA LA
ASISTENCIA SOCIAL EN 1987**

TIPO:	NUM.
Auditorios	7
Albergue Temporal	149
Casa cuna	10
Casa Hogar	275
Centro de Desarrollo Infantil	1,462
Centro Familiar	34
Centro de Bienestar Social Urbano	565
Centro de Desarrollo Comunitario	859
Centro de Salud Comunitario	917
Unidades de Rehabilitación	125
Centros de Rehabilitación	17
Unidades Móviles	6
Centros de Integración Juvenil	40
Centro Vacacional	48
Centro Cultural Recreativo	48
Centro de Enseñanza	3
Escuelas	16
Centros de Investigación	3
Instituto de Investigación	2
Comedor Asistencial	17
Planta de Alimentos	19
Centro de Distribución	1
Procuraduría de la Defensa del Menor	122
Laboratorio	1
Unidades Móviles	48
Centros Deportivos	36
Servicios Funerarios	20
Oficinas Administrativas	64
Hospitales	5
Otros	4

TOTAL NACIONAL	4,923

Fuente: Sistema Nacional de Información de Asistencia Social, Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

2.2. Distribución de Establecimientos Asistenciales, Familias e Ingreso por Entidad Federativa.

Como puede observarse en los siguientes cuadros, no existe relación entre el número de establecimientos y el número de familias por estado, ni tampoco entre el número de establecimientos y la distribución del ingreso, por lo que se puede afirmar que los criterios de asignación de establecimientos no se explican por ninguna de estas dos variables.

Los establecimientos con que cuenta cada una de las instancias participantes se presentan a continuación:

ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES POR INSTANCIA PARTICIPANTE

INSTANCIAS	ESTABLECIMIENTOS NUMERO
DIF	2,485
GOBIERNOS ESTATALES	78
IMSS	726
SSA	179
INSEN	12
CIJ	34
CONAFE	4
SECTOR PRIVADO	250
CREA	1
SEP	661
S.GOBERNACION	2
CONASUPO	1
DDF	208
INI	104
SECTOR SOCIAL	3
TOTAL NACIONAL	4,923

Fuente Sistema Nacional de Información de Asistencia Social, Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

2.3 Población Atendida.

La población atendida entre enero y septiembre de 1987, por los organismos referidos con anterioridad ascendió a 10'397,813 personas, de acuerdo a la información proporcionada por el DIF, que divide a la población de la siguiente forma:

POBLACION ATENDIDA POR LA ASISTENCIA SOCIAL EN 1987

NIÑOS	1'881,526
FAMILIAS	302,528
MUJERES EN EDAD FERTIL	783,291
ANCIANOS	121,715
MINUSVALIDOS	203,498
INDIGENTES	150
INFRACTORES	186
POBLACION ABIERTA	7'104,919
TOTAL	10'397,813

Fuente: Sistema Nacional de Información de Asistencia Social, Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

De acuerdo a los organismos participantes, la población se dividió para su atención en el período referido, tal como se muestra en el cuadro de Población Atendida, que se presenta en la página siguiente.

Como se mencionó al principio de este capítulo, además de las instancias oficiales, existe un número considerable de instituciones privadas de asistencia

social, subsidiadas por el Estado, que analizaremos a continuación, con base en una muestra representativa a la que tuvimos acceso en 1987.

2.4 Muestra de Instituciones Privadas.

Dentro del programa asistencial que realiza la Secretaría de Salud, está el *de subsidios a instituciones privadas de asistencia social a las cuales tuvimos acceso para obtener información, que se considera representativa, del modo de operar de la asistencia privada.*

A) Clasificación.

Se trata de 71 instituciones clasificadas en los siguientes rubros:

- Albergue para adultos.- Son aquellos que proporcionan alojamiento temporal y cuando menos un alimento diario a personas mayores de edad.
- Asilo para ancianos.- Instituciones que brindan fundamentalmente alojamiento y alimentación a personas mayores de 60 años.
- Casa Cuna.- Atienden a infantes no mayores de seis años de edad, dando alojamiento y alimentación.
- Casa Hogar.- Proporcionan alojamiento y alimentación a usuarios cuyas edades fluctúan entre 6 y 18 años.
- Casa Hogar con Escuela.- Adicionalmente a las características descritas en el punto anterior, proporcionan educación dentro de sus instalaciones.

- Comedores.- Instituciones dedicadas a proporcionar alimentación a población abierta.
- Escuelas.- Instituciones que proporcionan educación formal, en cualquiera de sus niveles y, educación especial para atípicos.
- Internados de Rehabilitación.- Instituciones que proporcionan alojamiento y alimentación a población atípica o que requiere programas rehabilitadores.

La información a analizar se agrupó en dos rubros generales:

De atención

Cobertura.- Referida a la capacidad de atención y a la población atendida y sus características.

Personal.- Comprende datos relativos a quiénes se dedican, total o parcialmente, al desarrollo de las actividades de atención que se llevan a cabo en cada obra asistencial.

Financieros

Fuentes de financiamiento.- Agrupa datos relativos a los montos y origen de los ingresos, que para sufragar sus gastos perciben las instituciones.

Egresos.- Integra datos sobre la aplicación de los recursos financieros, en los rubros básicos de gasto.

B) Cobertura

La capacidad instalada en las 71 instituciones fue de 6,968 usuarios, para una población atendida de 6,154 personas en 1987, que implica la utilización del 88.3% de sus instalaciones.

La mayor concentración de población atendida se ubicó en las casas cuna, casa hogar con y sin escuela que atendían a 5,358 menores de edad, mientras que en asilos para ancianos se atendieron a 781 personas

Como puede observarse la mayor oferta de servicios, es para la niñez, lo cual es congruente con el elevado número de población infantil del país

Es importante destacar que más del 70% del total de la población asistida, se encontraba interna y que casi el 80% era de sexo femenino.

.Las 71 instituciones contaban con 1,203 personas para atender a sus usuarios. de los cuales, el 43% no recibían remuneración alguna; 26% pertenecían a alguna congregación religiosa y 40% tenía apenas instrucción básica

C) Fuentes de Financiamiento

Del total de ingresos, tan sólo el 20% correspondió a las cuotas que las instituciones cobran por la prestación de sus servicios. en virtud de que en la mayoría de los casos sólo reciben pequeñas aportaciones voluntarias o bien se trata de cuotas simbólicas

Donativos de particulares y subsidios de la Secretaría de Salud representaron el 25% de los ingresos de estas 71 instituciones.

El resto de los ingresos correspondían a rentas de inmuebles e intereses obtenidos de inversiones, y a otros rubros no especificados, tales como colectas y rifas.

D) Egresos

Esta información se agrupó en tres tipos: Operación, Alimentación y otros, que corresponden a la forma en que las instituciones reportan su información a la Secretaría de Salud.

A operación correspondió el 47%, a la alimentación el 30% y a otros el 23%

III. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE ENFRENTA LA ASISTENCIA SOCIAL EN EL PERIODO 1982-1988

1. MARCO LEGISLATIVO

Del análisis del marco jurídico se desprende una serie de repeticiones en los diversos ordenamientos que dificulta, sobre todo en el Distrito Federal, delimitar las competencias de las instancias participantes en la Asistencia Social.

De este modo podemos decir que los objetivos que plantea el Sistema Nacional se repiten como objetivos del Programa Nacional de Salud.

La definición de Asistencia Social que la Ley General de Salud utiliza, se retoma en la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, sin mencionar que de ahí viene.

Los objetivos de la Ley de Salud en el Distrito Federal son los mismos que los de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. En este punto empiezan a presentarse dificultades, ya que en tanto las definiciones, objetivos o conceptos se copian en las diferentes disposiciones no es más que una repetición innecesaria.

Por otro lado existen definiciones en unas disposiciones que en las siguientes se pierden, tal es el caso de los tres niveles de atención de la asistencia social, que el Programa Nacional de Salud define y no se retoman en ninguna otra disposición

Adicionalmente a los problemas de duplicación y omisión; existen otros relativos a desconocimiento de las disposiciones. Para referirnos a este punto, hablaremos ahora de las Normas Técnicas en Materia de Asistencia Social.

Existen varios aspectos relativos a estas normas que a continuación consideramos importante comentar:

En primer término, cabe señalar que es un esfuerzo serio por definir los tipos de institución, así como los servicios que en éstas deben prestarse, en condiciones óptimas.

Asimismo, definen a los sujetos que deben ser beneficiarios de cada tipo de institución de asistencia social dividiendo a la población objeto, señalada en la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, en instituciones específicas.

Por otro lado, tienen la limitación de ser estudios de gabinete que suponen la existencia de recursos suficientes para cumplir con todos los servicios, por parte de las instituciones que operan la asistencia social.

Esta limitación se agrava aún más al observar la forma en que operan las instituciones privadas de asistencia, las cuales funcionan con un mínimo de recursos financieros y humanos, tal y como se mencionó en el apartado 2.4.

- Adicionalmente, en el estudio de campo, se detectó que, en virtud de una falta de difusión de estas normas, en las instituciones se desconoce no sólo su contenido, sino su existencia. Lo cual es una deficiencia operativa ya que en las atribuciones que le otorga la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, a la Secretaría de Salud, está la difusión.

En síntesis, podemos decir que el marco legislativo se encuentra disperso en varios ordenamientos que son emitidos por diferentes entidades sin que, aparentemente, mantengan una consistencia de criterios que ocasiona dificultades de interpretación, además de no tener la difusión adecuada.

2. INSTANCIAS PARTICIPANTES Y POBLACION ATENDIDA

Otras duplicidades se presentan en las competencias que a las instancias confieren los diversos ordenamientos. La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal establece que a la Secretaría de Salud corresponde crear y administrar establecimientos de asistencia mientras que la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social confiere al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia las funciones de *promover y prestar servicios de asistencia social* y operar establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono de ancianos desamparados y de minusválidos sin recursos.

Este tipo de duplicidades son en realidad las más graves, ya que son las que complican la operación de la asistencia social y provocan que los escasos recursos que a ella se destinan no sean aprovechados al máximo.

Esto se debe a que tanto la Secretaría de Salud como el DIF cuentan con instalaciones dedicadas a la asistencia social, y no son las únicas instancias oficiales, ya que como se señala en el primer capítulo existen otras instancias que se ocupan de sectores específicos de población.

Más aún, existen instituciones privadas, como las mencionadas en la muestra a la que tuvimos acceso y que se mencionan en el apartado 2.4, que con un impulso por parte del sector público podrían incrementar su cobertura lo que

implicaría un costo mucho menor para el sector público, que el de la creación de nueva infraestructura.

Estas consideraciones son a nivel federal, ya que tanto la Secretaría de Salud como el DIF, operan a ese nivel. El problema referido al Distrito Federal, principal concentración urbana del país, es mayor debido a que entra en juego el Departamento del Distrito Federal.

El Departamento del Distrito Federal tiene, entre otras atribuciones, de acuerdo con la Ley de Salud para el Distrito Federal, la prestación de servicios de prevención de la invalidez, rehabilitación de inválidos y la prestación de servicios de asistencia social.

Estas atribuciones se le confieren con base en los objetivos que la propia Ley de Salud en el Distrito Federal establece, entre los que destaca el colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social y dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.

Como es obvio, la última parte, es igual a los objetivos del DIF, con lo que se concluye que en los gobiernos de los estados, con sus respectivas Leyes Estatales de Salud, pueden presentarse situaciones similares.

Sin embargo, debido a la centralización existente en el país, los problemas se presentan con mayor intensidad en la capital de la República.

Así, en el Distrito Federal se cuenta, además del DIF, SSA y DDF, con el Instituto Nacional de la Senectud, el Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud y el Patronato Nacional de Promotores Voluntarios, que fueron creados mediante decreto, como organismos públicos descentralizados, y

los Centros de Integración Juvenil, que están constituidos como una asociación civil de participación estatal mayoritaria.

El Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), que opera a nivel nacional, tiene como objetivo proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez; estudiar sus problemas para lograr las soluciones adecuadas.

El Consejo Nacional de Recursos para Atención de la Juventud (CREA) busca impulsar el desarrollo integral de los jóvenes alentando su participación en los procesos sociales, formulando programas tendientes a resolver su problemática a través de la promoción deportiva, cultural, recreativa y cívica del sector juvenil.

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ) tienen como objetivo la investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación en el campo de la farmacodependencia.

Como puede observarse los objetivos de estas tres instituciones, controladas por el gobierno, se orientan a sectores específicos de la población: ancianos, jóvenes y farmacodependientes.

Por su parte, el Patronato Nacional de Promotores Voluntarios (PNPV) tiene como propósito principal promover y estimular las actividades de los particulares que persigan el beneficio social. Esto permite que puedan intervenir en cualquier actividad asistencial.

El Instituto Nacional Indigenista (INI), que identifica parte de sus programas con la asistencia social, toda vez que presta a las comunidades étnicas marginadas atención en áreas tales como el desarrollo comunitario, orientación alimentaria y nutricional, educación para la salud, instrucción básica y

canalización de casos de invalidez y minusválida, fue incluido como una de las instancias participantes, aunque el problema étnico no es el principal enfoque de este trabajo.

Cabe señalar aquí la importancia que tiene la asistencia privada, conducida fundamentalmente, por órdenes religiosas tanto nacionales como extranjeras que por cuestiones de ordenamiento constituyen asociaciones orientadas al apoyo de determinados sectores de la población, tales como niños desamparados, con deficiencia mental, ancianos desvalidos, etcétera.

Podemos decir que no existe una coordinación programática entre las instancias oficiales y mucho menos entre éstas y las instituciones de asistencia privada.

Con base en lo anteriormente descrito se puede concluir que las duplicidades en competencias para atender a la población sujeta a recibir servicios de asistencia social ocasiona que diferentes instancias brinden servicios, sino idénticos, muy similares a grupos de población con necesidades similares.

Esto no sólo implica duplicidades en infraestructura, sino problemas en la canalización de casos, ya que cada organismo atiende a la población que logra captar sin que para ello exista una guía sistematizada que indique a que instituciones deben enviarse los diferentes casos.

Esta situación provoca adicionalmente, desorientación en la población sujeta a recibir los servicios y falta de homogeneidad en los mismos.

Esto ocasiona no sólo las duplicidades y problemas en las instancias oficiales, sino además que los servicios que prestan las instituciones privadas de

asistencia social que se encuentran ubicadas en los diferentes campos de la misma no se complementen, siendo más bien paralelos.

Adicionalmente, el Sistema Nacional de Información en materia de Asistencia Social, a cargo del DIF, no ha logrado abarcar la totalidad de los establecimientos existentes por lo que no se cuenta con un censo de infraestructura disponible, para la prestación de servicios de asistencia social.

Por lo que se refiere a la población sujeta a recibir servicios de asistencia social, cabe señalar que no se cuenta con una estimación de la demanda potencial, lo que implica una limitante para cualquier intento de plantación en la determinación de la oferta de servicios, en sus diferentes modalidades.

3.- FINANCIAMIENTO

Si se considera que cada uno de los organismos oficiales cuenta con una infraestructura administrativa y operativa y que los servicios que proporcionan, por el hecho mismo de ser asistenciales, se dirigen a la población que no cuenta con recursos para cubrir su costo, es lógico pensar que deben funcionar con subsidio del gobierno, lo que incrementa el gasto corriente del sector público.

Los servicios que prestan las instituciones privadas, depende de la voluntad de la comunidad, ya que la mayoría de sus ingresos provienen de donativos de particulares, sobre la base de solidaridad social

En las actuales circunstancias, de crisis económica, se ha detectado que los donativos disminuyen, mientras que los costos de operación aumentan, dificultando la operación de éstas instituciones. que muchas veces, por

cuestiones de principios religiosos, en lugar de disminuir su cobertura bajan la calidad los servicios prestados. Cuando la situación es demasiado crítica, llegan a disminuir el número de beneficiarios.

Ante ésta situación se considera de vital importancia que los servicios de asistencia social se organicen de forma tal que sean aprovechados al máximo en beneficio de una población creciente que los demanda, aspecto principal de este estudio que se plantea en el siguiente capítulo.

IV. LA ACTUAL POLITICA DE DESARROLLO SOCIAL

1. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1989-1994

Al tomar posesión el presidente Carlos Salinas de Gortari en diciembre de 1988, advierte la necesidad urgente en la implantación de acciones que modifiquen el rumbo de la economía. Por ello elabora el Plan Nacional de Desarrollo que marca acciones y estrategias no sólo económicas, sino en especial sociales.

Este plan se basa en lo que llaman la modernización de México, e incluye tanto aspectos de política económica, como crecimiento con estabilidad de precios, empleo, así como aspectos ecológicos, planeación democrática, nivel de vida y bienestar social. De este último punto será del que nos ocuparemos.

El Plan Nacional de Desarrollo apunta, "Modernizar a México es hacer frente a las nuevas realidades económicas y sociales". El Plan Nacional de Desarrollo precisa tres acuerdos:

1. Acuerdo Para la Ampliación de la Nueva Vida Democrática.
2. Acuerdo Para la Recuperación Económica con Estabilidad de Precios.
3. Acuerdo Para el Mejoramiento Productivo del Nivel de Vida.

Dentro de este último, apunta el presidente que, en ningún momento se ha perdido de vista la necesidad de mejorar la calidad de vida, especialmente de aquellos que viven en intolerable estado de miseria, de aquí que el gobierno ha

llevado a cabo programas inmediatos para resolver grandes carencias en muchas comunidades del país, particularmente indígenas; así se puso en marcha el Programa Nacional de Solidaridad.¹⁹

El crecimiento y la estabilidad tendrían poco significado para el desarrollo si no se reflejaran en el bienestar colectivo. Lo económico es relevante en cuanto ataca las barreras materiales que impiden un avance en lo social.

Dentro del Plan, se considera que los objetivos de crecimiento y estabilidad son simultáneos con el propósito fundamental de avanzar hacia una mayor equidad mediante el incremento del empleo, el aumento del poder adquisitivo de los salarios, la erradicación de la pobreza extrema y, en general, la mejoría en la distribución del ingreso y de las oportunidades.

En atención a la complementariedad necesaria de lo económico y lo social, el Plan señala una estrategia específicamente social, apoyada en la estrategia económica que promueva la ejecución de acciones encaminadas a aumentar de manera más inmediata y directa el bienestar nacional.

Esta estrategia parte de que las medidas para estimular el crecimiento económico serían insuficientes para asegurar por sí mismas la adecuada satisfacción de las demandas de justicia y de mejores condiciones de vida de todos los mexicanos.

Por ello se propone una estrategia para aumentar el nivel de vida de la población apoyada en dos bases económicas fundamentales: por una parte, la creación de actividades y de empleos bien remunerados y, por la otra, el incremento de los salarios reales, sobre la base de una evolución económica que fortalezca la demanda de trabajo y el incremento de su productividad.

Sin embargo, hasta hoy los nuevos enunciados han sido insuficientes para alcanzar los objetivos sociales del Plan, porque además del PRONASOL, el Estado debe renovar su compromiso en la provisión de los servicios sociales básicos para el pueblo, comprendiendo todos los aspectos: seguridad pública, vivienda, educación, salud, servicios públicos, alimentación, etcétera.

Otra de las prioridades fundamentales que se plantea en el renglón de política económica y social es el ataque frontal a la pobreza extrema.²⁰ Aliviar los extremos de la pobreza se destaca como la labor social más urgente; el mejoramiento productivo se regirá por las siguientes cuatro estrategias:

1. Creación abundante de empleos bien remunerados y protección y aumento del poder adquisitivo de los salarios y del bienestar de los trabajadores.
2. Atención a las demandas prioritarias de bienestar social
3. Protección del medio ambiente
4. Erradicación de la pobreza extrema.²¹

Vamos a centrarnos en la segunda estrategia para mostrar lo que en su momento la nueva administración entendía por bienestar social

1.1. Salud, Asistencia y Seguridad Social.

El PND define a la salud no sólo como la ausencia de enfermedad sino como un estado de completo bienestar físico y mental en un contexto ecológico y

social propicio para su sustento y desarrollo. Así, la salud es considerada como elemento imprescindible del desarrollo.

La salud no se logra solamente con el progreso económico y social, pues requiere de acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos de todas las esferas.²²

Del párrafo anterior podría deducirse que el enfoque que ahora tiene el gobierno del bienestar social se ha modificado considerablemente y que con ello se ha dado el primer paso importante en la solución real del problema de la asistencia social en nuestro país.

El documento de referencia apunta que la asistencia social persigue incorporar a los individuos que lo requieren a una vida digna y equilibrada en lo económico y social, principalmente menores en estado de abandono y en general desamparados y minusválidos. La seguridad social se dice, atiende al bienestar del trabajador y su familia en sus necesidades de salud, educación vivienda, cultura, recreación, etcétera.

Por otro lado se reconoce que no obstante las severas restricciones de recursos que ha enfrentado el país; los principales indicadores muestran que la mayoría de los mexicanos tiene acceso a los establecimientos permanentes de servicios de salud, y que se ha logrado una fase de crecimiento regulado de la población. A pesar de que en las zonas marginadas urbanas y rurales aún no se alcanza la cobertura total de los servicios de salud ni la calidad deseable.

Las estrategias generales que plantean las acciones del sector son: mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud y, descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud para evitar duplicidad de funciones y desperdicio de recursos.

Con anterioridad a la crisis económica, el Estado se preocupó más por su *participación directa en actividades industriales y comerciales, dando prioridad a las actividades encaminadas a mantener y crear infraestructura y a la atención de las demandas sociales en general. Por supuesto, el crecimiento económico no ha asegurado que los recursos fluyan, de manera automática, a cubrir la demandas sociales, ya que las fuerzas de mercado son inapropiadas para atraer recursos hacia esos propósitos.*

El PND apunta: "La atención especial que se de al gasto social se basará en dos propósitos fundamentales. Por una parte, mitigar los efectos que dejó la crisis sobre las grandes mayorías del país y avanzar en la satisfacción de sus necesidades básicas. Por la otra, sin una población con niveles adecuados de educación, salud, alimentación y acceso a los servicios sociales indispensables, se limita la posibilidad de alcanzar una economía más eficiente, más competitiva y en proceso de expansión" **23**

Por ello, las políticas que se propone el Estado son básicamente las siguientes:

1. Asignar al gasto social la máxima prioridad en los presupuestos anuales de egresos de la federación.
2. Concertar con los demás niveles de gobierno la asignación de máxima prioridad al gasto social, en sus respectivos presupuestos.
3. Atender eficaz y oportunamente, y con carácter de urgente, la demanda de garantía a la seguridad y justicia públicas, mediante el reforzamiento de la vigilancia

4. Asignar prioridades en la atención a las necesidades básicas de la población, a saber: agua potable, vivienda, alimentación, educación, salud y, seguridad social entre otras.

5. Mejorar la calidad del medio ambiente.

Sobre las dos primeras políticas se comentará con mayor detenimiento en el capítulo de análisis económico, pero vale la pena hacer notar que por primera vez se reconoce que ha existido ineficiencia en la prestación de los recursos debido a la duplicidad de funciones lo que ocasiona un mal uso de los recursos materiales, financieros y humanos, tal y como se comentó en el capítulo de Problemas de la Asistencia Social.

En cuanto a la prestación de los servicios médicos se asegura que será motivo de atención permanente en todas las etapas del proceso y que será de fundamental importancia vincular los esfuerzos de salud y asistencia a los medios más desprotegidos, acción que impulsará el Programa Nacional de Solidaridad en la lucha contra la pobreza extrema. Este programa fue instrumentado por el gobierno para luchar en contra de la pobreza extrema y será analizado detenidamente en el siguiente apartado.

1.2. Erradicación de la Pobreza Extrema

En el propio Plan se establece que es mediante una mayor selectividad en las políticas económicas, en la asignación de subsidios y en el gasto social, como se aumentará la incidencia de la política económica en el bienestar social de quienes más lo necesitan. Las acciones para atender a los grupos de escasos recursos del campo y las ciudades se anuncian como selectivos y específicos.

Las acciones están dirigidas a la erradicación de la pobreza extrema y se regirán por los siguientes criterios generales de política, siendo los más importantes:

- *Asignar proporciones presupuestales crecientes a la atención del bienestar de los grupos de menores recursos en el campo y las ciudades, especialmente en los rubros estrechamente relacionados con el gasto social, para ser ejercidos en el marco de PRONASOL.*
- *Extender a todas las zonas indígenas los programas de desarrollo integral.*
- *Elevar el rendimiento social de los recursos mediante las aportaciones y participación de los grupos beneficiados.*

Para finalizar queremos recalcar que por primera vez un plan de desarrollo gubernamental deja de ser exclusivamente económico, buscando atender a las necesidades de la población históricamente marginada para conseguir su desarrollo integral, acorde con el desarrollo económico que se pretende alcanzar.

2. PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD

"Hay una voluntad nacional y una clara decisión del Gobierno de la República para enfrentar la desigualdad, para combatirla con decisión y energía. Este es el sustento del Programa Nacional de Solidaridad" 24

"Solidaridad está en el origen y es el medio de expresión de la acción social dirigida a resolver las necesidades básicas y elevar progresivamente el nivel de vida de las familias de país. Coincidir en la voluntad de mejorar. compartir

trabajo y responsabilidades y mantener unida la organización activa de la comunidad en el mejoramiento de sus condiciones y oportunidades de desarrollo son la esencia de Solidaridad".²⁵

Se dice que el Programa recoge las propuestas de trabajo de los grupos participantes: los pueblos indígenas, los campesinos y los colonos populares; por ello es que alienta y promueve su participación organizada pues de este modo se logra la unidad para el progreso de los que menos tienen, es decir, "elevar el nivel de vida de los mexicanos e integrarlos con justicia al desarrollo nacional".

El Consejo Consultivo del Programa estimó que hay en México 24 millones de personas en estado de pobreza y otros 17 millones en pobreza extrema, entendida como la situación de un grupo familiar que no alcanza a satisfacer ni el 60 % de sus necesidades básicas.

Los grupos de mexicanos en esta condición son predominantemente indígenas y campesinos asentados en zonas áridas, semiáridas y serranas, así como habitantes de las colonias populares del medio urbano.

Solidaridad se compromete a contribuir inmediata y efectivamente a atender sus necesidades de alimentación, salud, educación, vivienda, servicios públicos, empleo y proyectos productivos.

2.1. Principios Generales del PRONASOL

- **Respeto a la Iniciativa de las Comunidades.**

Recoge demandas que se convierten en proyectos que, por modestos que parezcan, elevan su bienestar.

- **Plena y Eficaz Participación y Organización en todas las Acciones del Programa.**

Las comunidades aportan recursos e influyen en las decisiones, en la ejecución y evaluación de las obras, creando una verdadera contraloría social. Los intereses populares se reconocen y no se imponen soluciones desde arriba. La solidaridad suma sin sustituir a sus participantes. El fortalecimiento de sus organizaciones con libertad y autonomía, no se concede, se busca explícitamente.

- **Corresponsabilidad**

El Programa no ofrece nada en forma gratuita. Quienes participan en él no piden ni aceptan regalos. No se exige afiliación ni subordinación y la población se beneficia sin distinciones.

- **Transparencia, Honestidad y Eficiencia en el Manejo de los Recursos**

El Programa opera con recursos presupuestarios en el marco del combate estricto a la inflación, la cual es el mayor enemigo de los intereses de la mayoría. El Programa no otorga subsidios unilateralmente ni por tiempo indefinido, no genera relaciones de dependencia. La concertación es herramienta de trabajo permanente e irrenunciable; con ella se combate la discrecionalidad, el autoritarismo y la burocratización. Normas rigurosas evitan aparatos administrativos excesivos sin menoscabo del control. Los recursos se invierten en su totalidad sin desviarse a otros propósitos. **26**

2.2 Vertientes de Acción.

Son tres los ámbitos en los que trabaja Solidaridad

- 1 Atención a las urgentes necesidades básicas y de servicios públicos de la población.
- 2 Mejoramiento de las capacidades y recursos productivos de las comunidades.
- 3 Ejecución de programas regionales de desarrollo. El fenómeno de la pobreza se combate mejor en sus causas y consecuencias mediante el empleo productivo, estable y bien remunerado, al tiempo que se llevan a cabo diversas obras públicas con las comunidades, que elevan su nivel de vida y tienen un enorme efecto de beneficio social.

Para eliminar las limitaciones a su integración económica y social, se realizan programas especiales de desarrollo que los incorporan a la modernización nacional y sus logros.

Las acciones del Programa se conciben como una inversión en la estructura física y social que por sus características propicia la justicia y la democracia.

2.3. Operación

Solidaridad funciona en todo el país en beneficio de todos los mexicanos sin importar su filiación política. El Programa opera de manera descentralizada en todos los municipios apoyado por las delegaciones regionales de la SPP, los gobiernos estatales y municipales, las entidades paraestatales, los Comités de Plantación del Desarrollo y los Convenios Unicos de Desarrollo.

El municipio es el eje operativo del Programa, con base en los Consejos Municipales de Solidaridad, los cuales apoyan, fomentan y coordinan los Comités de Solidaridad.

Se retoma la experiencia de programas anteriores que también tuvieron su origen en los propósitos del Gobierno de combatir la pobreza. Se reconocen sus errores pero también se aprecian sus logros. Se aprovecha la infraestructura que desarrollaron y el recurso humano que poseen y que se ha vinculado decisivamente a las comunidades. Tal es el caso de las experiencias de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados y del Programa de Inversiones para el Desarrollo Rural.

Se decidió identificar, conjuntamente con los habitantes, los aspectos que pueden servir de detonador social y productivo para que cada comunidad pueda sumir, con los recursos necesarios, la responsabilidad de su propio desarrollo.

A nivel nacional se trata de que todas las actividades que por lo regular se habían concentrado y habían ocasionado el burocratismo, se trasladen paulatinamente a los municipios. Se busca que la instancia de gobierno más cercana a la población dé respuesta a las demandas sociales y tenga la capacidad económica y administrativa para hacerlo.

No es una bolsa privilegiada ni un mecanismo para multiplicar la ejecución de obras y proyectos. Es tan sólo un medio para alcanzar los propósitos que involucran cambios en las esferas institucional y social.²⁷

2.4. Comités Locales de Solidaridad.

Los Comités Locales de Solidaridad recogen y manifiestan las diversas formas de colaboración social que han perdurado como parte invaluable de los valores, las tradiciones y el patrimonio cultural de México.

En los Comités se ejerce la democracia directa de la comunidad al elegir a sus representantes, decidir las obras y proyectos por realizar, establecer las aportaciones y la responsabilidad de cada familia, controlar la calidad del trabajo y evaluar los resultados, a partir de los recursos asignados y las metas fijadas.

Con los Comités y la concertación entre el sector público y la sociedad, se ha dado cuerpo a una nueva forma de hacer las cosas y a una nueva relación entre la sociedad civil y las instituciones de gobierno.

2.5. Resultados de los Primeros Tres Años de Operación del Programa.

Se han establecido más de 64,000 Comités de Solidaridad en colonias populares, comunidades rurales y pueblos indígenas de todo el país, los cuales han realizado más de 150,000 acciones en los tres años de operación del Programa. En este lapso se incorporaron más de seis millones de mexicanos a los servicios de salud, y la infraestructura de atención a población abierta se incrementó 40 % respecto de 1988; ocho millones más de personas cuentan con agua potable; se electrificaron más de 10,000 comunidades, dando este servicio a 11 millones de mexicanos; se realizaron trabajos de pavimentación de calles en más de 3,000 localidades urbanas y rurales y se construyeron, rehabilitaron y mejoraron 14,000 kilómetros de caminos, en beneficio de casi dos millones de habitantes.

Asimismo, 1'400,000 niños se forman en los nuevos espacios educativos construidos; se han rehabilitado 50,000 escuelas con la ayuda de los padres de

familia y maestros mediante el Programa para una Escuela Digna; casi un cuarto de millón de niños recibe una beca para terminar su educación primaria sin tener que desertar por falta de recursos de sus padres, se les proporciona despensas y atención médica, y más de 350,000 jóvenes prestadores de servicio social han participado en el desarrollo de sus comunidades.

Se ha duplicado el número de lecherías populares y casi siete millones de niños tienen acceso a este alimento; 27 millones de personas cuentan con el servicio de tiendas populares y se han establecido mil cocinas populares, y con el apoyo del Programa se da servicio postal a cuatro millones de habitantes de colonias populares y de zonas rurales

Los fondos municipales de Solidaridad operan en 76 % de los municipios del país; más de 600,000 campesinos que laboran en dos millones de hectáreas participan en el Fondo de Solidaridad para la Producción; se apoya también a 190,000 productores de café en 12 entidades de la República y a 87 organizaciones de productores forestales en 21 estados; cerca de mil organizaciones indígenas en 21 entidades federativas han emprendido 991 proyectos productivos; alrededor de 2,500 indígenas han sido liberados con las acciones de procuración de justicia, y se han mejorado 80 % de los albergues indígenas.

Se han entregado más de 1,200 escrituras en colonias populares. En la Primera Semana de Solidaridad participaron más de 10 millones de personas, mientras que en la segunda, que se llevó a cabo del 9 al 14 de septiembre de 1991, participaron más de 13 millones.²⁸

Como puede apreciarse el Programa Nacional de Solidaridad no es una estrategia de asistencia social sino todo un programa de desarrollo económico que abarca los más diversos aspectos del gasto público

Consideramos que el Programa es un bandera bajo la cual, la anterior administración intentó aglutinar todos los aspectos, tanto de rezago social, como de solución a problemas que se venían acarreado por diferentes causas, para aminorar el descontento social causado por la crisis económica.

3. ANALISIS ECONOMICO

Además de los aspectos legales y operativos, es necesario analizar a la asistencia social, en el contexto económico del país. La situación económica determina, a través de la política de ingresos y gasto público, los rubros que el sector publico considera como prioritarios.

El crecimiento del gasto público constituye tal vez el fenómeno más notable de las finanzas públicas del siglo veinte. A partir de la segunda mitad de este siglo, un componente dominante del crecimiento ha sido el de los gastos públicos, cuya creciente importancia se nota tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.

El crecimiento de los gastos públicos sociales cobra relevancia junto con el desarrollo de la teoría que explica el crecimiento de los gastos públicos como un fenómeno natural derivado del proceso de formación de las decisiones colectivas. En las sociedades regidas por el sufragio universal y las reglas de la mayoría, el presupuesto es considerado como un mecanismo distributivo compensador de la distribución del ingreso existente. Dentro del gasto publico, la categoría de gastos sociales parece ser el mecanismo más idóneo para redistribuir el ingreso. Pero la utilización de este mecanismo ha encontrado un

freno a partir de la crisis económica que ha venido experimentando el mundo en su conjunto desde comienzos de la década de los ochenta.

El papel del Estado ha sido sometido a profundas reformas. México no ha sido la excepción. Así también, en todas partes existe una activa discusión acerca de la bondad de distintos instrumentos fiscales para redistribuir el ingreso. Uno de los enfoques sostiene que el valor redistributivo de los impuestos a las rentas, a las utilidades y al capital es limitado como consecuencia de la dificultad de hacer efectiva la progresividad de los impuestos, que la legislación muchas veces busca. Ello obedece, por un lado, al techo impositivo que priva en cualquier economía abierta, y por otro, a la debilidad de los sistemas de administración de los impuestos prevalecientes en la mayoría de los países del continente.

Si bien parece que el esfuerzo redistributivo debe efectuarse, básicamente, a través de los gastos públicos y, en particular, de los gastos sociales, el diseño de los ingresos públicos puede contribuir a un cambio en la distribución del ingreso, especialmente en el caso de que se trate de instrumentar esquemas de financiamiento para los gastos sociales. La identificación de los grupos beneficiarios de los gastos sociales permite evaluar en qué medida esos gastos responden al fin distributivo, situación que no se logra con toda claridad para el caso de nuestro país ya que como pudo observarse de los resultados de operación del Programa Nacional de Solidaridad, la población beneficiada se maneja en términos muy globales.

En virtud de la importancia del gasto social en la política pública, además de comentar los principales aspectos económicos de los últimos años, el análisis se basará, fundamentalmente, en el comportamiento del gasto público

Las dificultades económicas que el país ha venido enfrentando no han permitido el abatimiento del rezago social, por el contrario, el estancamiento de la

actividad económica y la escasez de recursos han propiciado un grave deterioro en los niveles de vida de la mayor parte de la población.

Esta situación puede apreciarse al analizar el comportamiento del salario mínimo real diario, que a partir de 1977 empieza a presentar disminuciones, correspondiendo a los años de 1979, 1982, 1983 y 1988 las más importantes: 9.1, 11.6, 16.9 y 12%, respectivamente, como puede apreciarse en el siguiente cuadro.

EVOLUCION DE LOS SALARIOS REALES

AÑO	SALARIO MINIMO REAL DIARIO	VARIACION ANUAL
1970	27.93	---
1971	26.53	-5.0
1972	29.20	10.0
1973	26.35	-9.7
1974	27.00	2.4
1975	27.44	1.6
1976	30.89	12.5
1977	30.03	-2.7
1978	28.34	-3.9
1979	26.20	-9.1
1980	24.37	-6.9
1981	24.58	0.8
1982	21.72	-11.6
1983	18.04	-16.9
1984	16.84	-6.6
1985	16.62	-1.3
1986	15.12	-9.0
1987	14.22	-5.9
1988	12.51	-12.0
1989	15.47	23.7
1990	14.57	-5.8
1991	12.88	-11.6
1992	12.73	-1.2
1993	12.52	-1.6
1994	12.53	0.1

FUENTE: Realidad Económica de México 1996. Compendio Estadístico. Grupo Financiero Serfin

Por lo que se refiere al crecimiento de la población, resultado de un rápido descenso en la tasa de mortalidad entre 1930 y 1970, y una variación muy significativa en la tasa de crecimiento demográfica, que pasó de 2.2% a 3.5% de 1940 a 1965, una de las más altas del mundo, cabe mencionar que trajo como consecuencia la necesidad de emplear cada vez más recursos públicos para atender las demandas sociales.

En la actualidad tenemos un país con una alta concentración de la población y de la actividad económica, en unas cuantas ciudades (Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey, fundamentalmente) lo que implica altos costos para la provisión de los servicios que requiere la población.

Esta situación provocó, para mediados de la década de los ochenta, que alrededor del 20% de las familias percibieran ingresos menores al salario mínimo y para más del 15% de la población el consumo básico fuera inferior a la mitad del que se estima necesario para satisfacer las necesidades fundamentales.

Después de una etapa de crecimiento sostenido, el país comenzó a registrar periodos intermitentes de crecimiento, más y más breves, seguidos de otros cada vez más prolongados de recesión en la actividad económica.

Para realizar un análisis más adecuado del comportamiento de la economía, y en virtud de que tradicionalmente las políticas de gasto público tienen un componente de comportamiento sexenal, dividiremos el análisis en los tres últimos periodos sexenales.

Periodo 1976-1982.

Inicia con una situación económica muy deteriorada, resultado de una crisis previa de inflación y recesión, además de una severa devaluación del tipo de cambio del peso frente al dólar y un creciente endeudamiento público.

Para enfrentar esta situación la administración establece tres medidas iniciales :

1. La reforma económica llamada "Alianza para la Producción", cuyo fin era comprometer a los factores productivos en la lucha contra la crisis.
2. La reforma administrativa, aplicada en el sector público para agilizar los trámites administrativos y evitar la duplicidad de funciones.
3. La reforma política, que complementaba a las dos anteriores.

El crecimiento del Producto Interno Bruto en 1977 fue de 3.4% tasa similar a la del crecimiento de la población, mientras que de 1978 a 1981 el ritmo de crecimiento anual promedio fue de más de 8%, superando las tasas históricas, la experiencia reciente, e incluso, presentando una de las tasas de crecimiento más altas del mundo.

El motor de este crecimiento fue la explotación y producción petrolera así como el descubrimiento de reservas probadas en magnitud, tal que permitieron al gobierno de la República endeudarse de manera acelerada.

En los dos últimos años de ese sexenio, se pone en marcha el Plan Global de Desarrollo, que contemplaba varios planes y programas sectoriales, sin considerar en ninguno de ellos a la asistencia social.

En este periodo el gasto público, como proporción del PIB, pasa de 35.24% en 1976, a 58.51% en 1982. Es decir la participación del sector público aumenta considerablemente y sin embargo, el gasto en desarrollo social que en 1978 representaba el 8.1% del total del gasto publico, en 1982 representa solo el 6.7%.

Para 1982 la economía mexicana se derrumba con un nuevo macro-ajuste del tipo de cambio, y por primera vez, desde 1920, se registra una disminución en el Producto Interno Bruto de - 0.5% lo que ocasiona que los principales problemas económicos y sociales, lejos de resolverse, que había sido la promesa de la administración, se agudicen.

Periodo 1982-1988.

Durante este sexenio se hace hincapié en la planificación económica, creando el Sistema Nacional de Planeación Democrática.

En diciembre de 1982, al iniciar el periodo administrativo, la situación del país era grave y requería de medidas urgentes por lo que se instrumentó un "Programa Inmediato de Reordenación Económica", que señalaba las principales acciones a realizar para evitar los efectos más severos de la crisis.

Es en este sexenio y como consecuencia de un descontento social muy marcado, que el gobierno instrumenta un conjunto de medidas tendientes a conformar un marco para aliviar las tensiones sociales, así se llevan a cabo las gestiones para elevar a rango constitucional el derecho a la protección de la salud

y se elabora toda la reglamentación en materia de asistencia social que se analizó en la primera parte de este estudio.

Sin embargo, cabe señalar que el interés que se mostró por la asistencia social no llegó a cristalizarse en gasto efectivo ya que las cifras del gasto en desarrollo social como proporción del gasto público indican que éste no sólo no creció sino que disminuyó de 5.9% en 1983 y 1984 a 4.8% en 1985, para llegar en 1988 al 5.4%.

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento del PIB, en 1983, por segundo año consecutivo, se presenta una nueva caída, esta vez de -4.2% lo cual repercute para los siguientes dos años en los que apenas alcanza el ritmo de crecimiento de la población (3%). Para 1986, el PIB presenta otra vez una tasa de crecimiento negativa de 3.8% con lo que queda de manifiesto que la crisis sigue presente.

El promedio de crecimiento del PIB en el sexenio fue de 0.13% cifra que no alcanza a cubrir ni el crecimiento de la población por lo que puede comprenderse perfectamente que el desarrollo socio-económico fue nulo en este periodo.

En junio de 1986 se presentó el Programa de Aliento y Crecimiento (PAC) que pretendía, simultáneamente, el crecimiento económico y el control de la inflación. El objetivo principal del PAC era lograr un crecimiento real del PIB de entre 3 y 4% en 1987 y 1988, con estabilidad de precios.

El 15 de diciembre de 1987 se firma el Pacto de Solidaridad Económica cuya finalidad era evitar que el país cayera en una espiral inflacionaria, cuyas repercusiones en las capas de menores ingresos de la población hubieran alcanzado proporciones intolerables.

En síntesis, este fue uno de los periodos más críticos para la economía mexicana pudiéndose destacar algunos datos importantes: Crecimiento económico promedio 0.13 % ; inflación promedio anual 86.70 % ; el desempleo y subempleo crecen entre 15 y 20 % y la desocupación y subocupación absorbieron al 50 % de la población económicamente activa.

V. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

De lo antes expuesto se concluye que los principales problemas que enfrenta la operación de la asistencia social son los siguientes:

- A) Marco legal disperso e inconsistente y con insuficiente difusión.
- B) Desarticulación programática entre las entidades oficiales.
- C) Falta de coordinación entre el sector público y privado.
- D) Carencia de un sistema de información completo y consistente que permita conocer los recursos humanos y materiales disponibles a nivel nacional.
- E) Desconocimiento de la demanda en los diferentes ámbitos de la Asistencia Social.
- F) Asignación ineficiente del gasto público por el número de organismos que prestan servicios asistenciales.
- G) Dificultad de obtener recursos por parte de las instituciones privadas de asistencia social para su operación.

Como se ve, en el análisis realizado, los problemas que enfrenta la operación de la asistencia social son múltiples a pesar de los esfuerzos realizados por la anterior administración para elaborar un marco jurídico que permitiera uniformar criterios y actividades.

En virtud de la situación económica por la que atraviesa el país y con el fin de coadyuvar a reducir el gasto público -estrategia económica fundamental del régimen salinista-, la propuesta de este documento es la creación de un organismo único que aglutine las funciones y a las diversas instancias que hasta ahora se encuentran dispersas, lo que permitiría, al mismo tiempo, una economía presupuestal y una coordinación adecuada de los programas (Puntos F y C).

La jerarquía que debiera tener el organismo, así como la enorme población sujeta a recibir servicios de asistencia social, justifican la creación de una nueva Secretaría de Estado: La Secretaría de Asistencia.

Esta secretaría debería tener a su cargo todos los programas relativos a asistencia social, con participación en el Gabinete de Salud, por ser esta actividad una de las tres actividades básicas en materia de salud, permite la subordinación del resto de las instancias.

Así, lejos de implicar incrementos de plazas o de infraestructura, en realidad representa la unificación real. Esta Secretaría permitiría reducir los apoyos administrativos que cada instancia tiene por separado.

1. ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA SECRETARIA DE ASISTENCIA

La estructura que se propone para la nueva Secretaría es la siguiente:

Secretaría de Asistencia
Subsecretaría de Servicios
Subsecretaría de Planeación
Oficialía Mayor

◇ Subsecretaría de Servicios.- Tendría a su cargo la prestación de servicios de asistencia social, con siete direcciones generales para cada tipo específico de población a cubrir:

- Infantes
- Ancianos
- Jóvenes
- Minusválidos
- Alcohólicos y farmacodependientes
- Familias
- Apoyos a personas indigentes.

◇ Subsecretaría de Planeación.- Tendrá a su cargo el control de la información de la infraestructura existente, la emisión de normas, leyes, decretos y acuerdos, el control de los compromisos de las diversas instancias y la difusión de normas y servicios; contando con las cinco direcciones generales siguientes:

- Información
- Normas
- Registro
- Difusión
- Patrimonio de la Beneficencia Pública

◇ Oficialía Mayor.- Brindaría el apoyo administrativo en los diversos aspectos, contando con tres direcciones generales:

- Personal
- Administración
- Producción de Alimentos

En términos generales esta es la estructura que se propone. Pasaremos ahora a señalar las actividades específicas que cada dirección general realizaría, así como las instancias que absorbería cada una.

1.1 Subsecretaría de Servicios

◊ Dirección General de Atención a la Infancia.

Realizaría todas las actividades concernientes a los servicios asistenciales para la niñez, que hasta ahora realiza el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Quedaría a su cargo la operación de:

- Casa cuna
- Casa hogar
- Casa hogar con escuela
- Prestación de desayunos escolares

Tendría a su cargo también, el estudio y canalización de subsidios a instituciones privadas de este tipo, de acuerdo con el análisis de necesidades que la Subsecretaría de Planeación realice.

◊ Dirección General de Atención a la Ancianidad.

Desempeñaría las actividades relativas a los servicios asistenciales que se presta a la población mayor de 60 años, que hasta ahora realiza el Instituto Nacional de la Senectud, además de operar los asilos públicos y estudiar y canalizar subsidios a las instituciones privadas de este tipo, con base en el análisis que la Subsecretaría de Planeación realice.

◇ Dirección General de Atención a la Juventud.

Tendría a su cargo todas las acciones relativas a orientación, promoción de actividades culturales, recreativas para la población de 12 a 35 años de edad, que actualmente maneja el Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud; estableciendo la coordinación necesaria con las Secretarías de Educación Pública, Turismo, etcétera.

◇ Dirección General de Atención a Problemas de Minusvalía.

Se ocuparía de operar los servicios asistenciales orientados a la población con problemas de ceguera, debilidad visual, sordera, lenguaje o deficiencia mental, independientemente de la edad de los beneficiarios, para lo cual controlaría las escuelas de educación especial y los internados de rehabilitación.

◇ Dirección General de Atención a Problemas de Alcoholismo y Drogadicción.

Llevaría a cabo programas de prevención y orientación a personas, que independientemente de su edad, tengan este tipo de problemas, canalizando recursos a las instituciones privadas que tengan en operación estos programas, para población desproveída.

La instancia que actualmente realiza estas actividades son los Centros de Integración Juvenil.

◇ Dirección General de Orientación Familiar.

Las actividades relativas al desarrollo comunitario, integración familiar y paternidad responsable que actualmente realiza el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, quedaría a cargo de esta unidad.

- ◊ Dirección General de Apoyo a Personas Indigentes.

Varias unidades del Gobierno Federal otorgan subsidios a personas físicas que por sus condiciones económicas no pueden adquirir los aparatos rehabilitatorios que necesitan para integrarse a una vida productiva. Tales apoyos consisten en prótesis, órtesis, aparatos auditivos, lentes, etc.

Esta unidad tendría a su cargo el análisis de las peticiones, y determinación de su otorgamiento, absorbiendo parte de las actividades que actualmente desarrolla el Patrimonio la Beneficencia Pública y Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

1.2 Subsecretaría de Planeación

- ◊ Dirección General de Información.

Se haría cargo del Sistema Nacional de Información en Materia de Asistencia Social, función que actualmente está asignada al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Diseñaría los formatos, captaría y procesaría la información que las diferentes direcciones generales operativas le proporcionen, generando reportes periódicos sobre cobertura, localización y gasto.

Realizaría estudios para determinar la demanda de servicios asistenciales, en sus diferentes modalidades (Punto E).

- ◊ Dirección General de Normas.

Analizaría todas las disposiciones en materia de asistencia social, previo a su publicación, para evitar que existan duplicaciones o interferencias en los distintos niveles jerárquicos (Punto A)

Elaboraría, a petición de cualquiera de las direcciones generales, normas, procedimientos, acuerdos, decretos y leyes que permitan mejorar la prestación de los servicios de asistencia social.

◊ Dirección General de Registro de Instituciones.

Registraría, previo decreto que le otorgara esta facultad, a todas las instituciones asistenciales, ya sean públicas o privadas, subsidiarias o no, para contar con un censo actualizado permanentemente de las diversas instituciones, ubicadas en todo el país (Punto D).

Al registrar a una nueva institución, informaría a la dirección general que corresponda, para su conocimiento y análisis de posibilidad de ayuda.

◊ Dirección General de Difusión.

Se ocuparía de dar a conocer, mediante publicaciones o publicidad en los medios de comunicación, las normas de operación a que deben sujetarse las instituciones asistenciales. Así como a promover las campañas de registro, en apoyo a la Dirección General de Registro de instituciones (Punto A).

◊ Dirección General del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

Desde la Reforma, época en que se crea esta institución, Beneficencia Pública ha operado recibiendo bienes, como consecuencia de juicios intestamentarios, que son asignados a programas asistenciales.

Esta sería su función, ya que una vez que se recibiera algún inmueble, podría analizarse que tipo de institución asistencial pudiera crearse, o bien, alguna institución privada que pretendiera ampliarse, podría recibir el inmueble en donación (Punto G).

1.3 Oficialía Mayor.

Por lo que hace a las direcciones generales del área de Oficial Mayor, especialmente Personal y Administración, desempeñaría las funciones que tienen en todas las Secretarías de Estado.

Se agrega aquí la Dirección General de Producción de Alimentos, encargada de elaborar y distribuir los desayunos escolares, que hace en estos momentos el DIF.

En síntesis, se propone una estructura conformada por los siguientes mandos superiores:

1	Secretario
2	Subsecretarios
1	Oficial Mayor
15	Directores Generales

Se considera, además, que las direcciones generales que se mencionan a continuación:

- Atención a la infancia
- Atención a la Ancianidad
- Atención a la Juventud
- Atención a Problemas de Minusvalía
- Atención a Problemas de Alcoholismo y Drogadicción.

podrían funcionar con tres direcciones de área tipo:

- A) **Dirección de Operación.**- Encargada de controlar la operación de las instituciones públicas, evaluando sus resultados.
- B) **Dirección de Control y Apoyo.**- Encargada de registrar el total de instituciones por tipo y proporcionar apoyos, ya sea eventuales o periódicos, a las instituciones privadas que así lo requieran (Punto C).
- C) **Dirección de Orientación e Información.**- A cargo de diseño e impartición de programas específicos para el mejoramiento operativo de las instituciones, tanto públicas como privadas.

La Dirección General de Orientación Familiar contaría con las direcciones de área siguientes:

- A) **Dirección de Desarrollo Comunitario.**- Encargada de la elaboración e impartición de programas sobre el tema.
- B) **Dirección de Paternidad Responsable.**- A cargo de la elaboración e impartición de cursos sobre el tema, así como proponer a la Dirección General de Difusión, su divulgación en los medios masivos de comunicación.
- C) **Dirección de Hábitos de Consumo.**- Orientada al diseño de dietas balanceadas que puedan adquirir las gentes de escasos recursos económicos.

Se considera que con la creación de esta Secretaría, podría iniciarse la solución a la problemática que actualmente enfrenta la asistencia social, haciendo un uso más eficiente de los recursos disponibles.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS, HEMEROGRAFICAS Y DOCUMENTALES

- 1 Mac. Pherson, Stewart. Social Policy in the Third World: The Social Dilemas of Underdevelopment. Rowman and Allan Held Publishers. Totowa, N.J., 1892. p.42-44
- 2 Alvarez Mezquita, José; Bustamante E. Miguel; López Picazos, Antonio; Fernández del Castillo Francisco. Historia de la Salubridad y la Asistencia en México. SSA, México, 1960. vol.4 p.2484-2503.
- 3 Alvarez Mezquita, José. Op. Cit. p.2536-2562.
- 4 Mac. Pherson, Stewart. Op. Cit. p.68.
- 5 Mac. Pherson, Stewart. Op. Cit. p.72.
- 6 Ward, Peter. Welfare Politics in Mexico: Papering Over the Cracks. London, Allen and Unwin, London 1986. p.56.
- 7 Ward, Peter. Op. Cit. p. 62.
- 8 Secretaría de Gobernación. Decreto por el que se reforman y adicionan los artículos 16,25, 26 y 27, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México. "Diario Oficial de la Federación", febrero 3, 1983. p.3-6.
- 9 Secretaría de Gobernación. Decreto por el que se adiciona un párrafo al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, "Diario Oficial de la Federación", febrero 3, 1983. p.2-3.
- 10 Secretaría de Gobernación. Op. Cit. p.3.
- 11 Secretaría de Salud. "**Ley General de Salud**". México, SSA, 1985. p. 135.
- 12 Secretaría de Salud. Op. Cit. Artículo 6° fracciones III y IV.
- 13 Secretaría de Salud. "**Programa Nacional de Salud 1984-1988**". México, SSA, 1984. p. 30-36.
- 14 Secretaría de Salud. "Programa...Op. Cit. p.42.
- 15 Secretaría de Salud. **Ley sobre el Sistema Nacional Asistencia Social**. México, SSA, 1986. Artículos 3.4 y 5.
- 16 Departamento del Distrito Federal. **Ley de Salud para el Distrito Federal**. México. "Diario Oficial de la Federación", enero 15, 1987. p. 12.24.

- 17 Secretaría de Salud. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley de Instituciones de Asistencia Privada en el Distrito Federal. México, "Diario Oficial de la Federación", diciembre 1°, 1986. p.33-36.
- 18 Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.
- 19 Poder Ejecutivo Federal. **Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994**. México, SPP, 1989. presentación.
- 20 Poder Ejecutivo Federal. Op. Cit. p.126.
- 21 Poder Ejecutivo Federal. Op. Cit. pp.98,99,122,126.
- 22 Poder Ejecutivo Federal. Op. Cit. p.104.
- 23 Poder Ejecutivo Federal. Op. Cit. p. 105.
- 24 Salinas De Gortari, Carlos. **Segundo Informe de Gobierno**. México, noviembre 1° de 1990. p.40.
- 25 Rojas Gutiérrez, Carlos. Mesa Redonda: "Logros y Metas de PRONASOL". México, abril 23 de 1991. Aparecido en: "Revista de Comercio Exterior" Vol.41, num.5. México, mayo 1991. p. 443
- 26 Rojas Gutiérrez, Carlos. Op. Cit. p.444.
- 27 Rojas Gutiérrez, Carlos. Op. Cit. p 445.
- 28 Salinas de Gortari, Carlos. **Tercer Informe de Gobierno**. México, fs noviembre 1° de 1991. p.50.

BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ MEZQUITA, JOSE; BUSTAMANTE E., MIGUEL; LOPEZ PICAZOS, ANTONIO y FERNANDEZ DEL CASTILLO, FRANCISCO. **Historia de la Salubridad y la Asistencia en México**. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México, 1960.

BUSTAMANTE E., MIGUEL; VIESCAT, CARLOS; VILLASEÑOR, FEDERICO; VARGAS F., ALFREDO; CASTAÑON, ROBERTO y MARTINEZ B., XOCHITL. **La Salud Pública en México 1959-1962**. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México, 1982.

DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL. **Ley de Salud para el Distrito Federal**. Diario Oficial de la Federación. México, enero 15 de 1987.

KALIFA ASSAD, SALVADOR. **La Distribución del Ingreso en México: Una reconsideración del Problema Distributivo**. Centro de Investigación y Docencia Económica. México, 1976.

MC. PHERSON, STEWART. **Social Policy in the Third World: The Social Dilemmas of Underdevelopment**. Rowman & Allan Held Publishers. Totowa, N.J., 1982.

MARTINEZ LAVIN, JOSE. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Edición Concordada**. Partido Revolucionario Institucional. México 1974.

PATRONATO NACIONAL DE PROMOTORES VOLUNTARIOS. **Informe de Actividades 1983-1986**. Patronato Nacional de Promotores Voluntarios. México, 1987.

PODER EJECUTIVO FEDERAL. **Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994**. Secretaría de Programación y Presupuesto. México, 1989.

ROJAS GUTIERREZ, CARLOS. **Mesa Redonda: "Logros y Metas de Pronasol"**. México, abril 23 de 1991. Aparecido en "Revista de Comercio Exterior" vol.41, num.5 México, mayo de 1991.

SALINAS DE GORTARI, CARLOS. **Segundo Informe de Gobierno**. Presidencia de la República. México, noviembre 1 de 1990.

SALINAS DE GORTARI, CARLOS. **Tercer Informe de Gobierno**. Presidencia de la República. México, noviembre 1 de 1991.

SECRETARIA DE GOBERNACION. **Decreto por el que se adiciona un párrafo al artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**. Diario Oficial de la Federación. México, febrero 3 de 1983.

SECRETARIA DE GOBERNACION. **Decreto por el que se reforman y adicionan los artículos 16, 25, 27 fracciones XIX y XX; 28, 73 fracciones XXIX-D, XXIX-E y XXIX-F, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**. Diario Oficial de la Federación. México, febrero 3 de 1983.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. **Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos**. Diario Oficial de la Federación México, marzo 13 de 1973.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. **Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de la Senectud**. Diario Oficial de la Federación. México, agosto 22 de 1979.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. **Decreto por el que se crea el Patronato de Promotores Voluntarios como Organismo Público Descentralizado con Personalidad Jurídica y Patrimonio Propio**. Diario Oficial de la Federación. México, septiembre 20 de 1977.

SECRETARIA DE SALUD. **Norma Técnica para la Prestación de Servicios Asistenciales en Albergues para Adultos**. Diario Oficial de la Federación. México, mayo 29 de 1986.

SECRETARIA DE SALUD. **Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Rehabilitación Extrahospitalaria**. Diario Oficial de la Federación. México, mayo 29 de 1986.

SECRETARIA DE SALUD. Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Casas Hogar para Menores. Diario Oficial de la Federación. México, mayo 29 de 1986.

SECRETARIA DE SALUD. Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Guarderías para Menores. Diario Oficial de la Federación. México, mayo 29 de 1986.

SECRETARIA DE SALUD. Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Escuelas Asistenciales para Menores. Diario Oficial de la Federación. México, mayo 29 de 1986.

SECRETARIA DE SALUD. Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Casas Hogar para Ancianos. Diario Oficial de la Federación. México, mayo 29 de 1986.

SECRETARIA DE SALUD. Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Casas Cuna. Diario Oficial de la Federación. México, mayo 29 de 1986.

SECRETARIA DE SALUD. Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social Alimentaria a Población Marginada de Escasos Recursos. Diario Oficial de la Federación. México, mayo 29 de 1986.

SECRETARIA DE SALUD. Norma Técnica No. 60 para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Comedores para la Población Indigente y de Escasos Recursos. Diario Oficial de la Federación. México, septiembre 25 de 1986.

SECRETARIA DE SALUD. Norma Técnica No. 61 para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Centros de Desarrollo Comunitario. Diario Oficial de la Federación. México, septiembre 25 de 1986.

SECRETARIA DE SALUD. Norma Técnica No. 62 para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Hogares Sustitutos. Diario Oficial de la Federación. México, septiembre 25 de 1986.

SECRETARIA DE SALUD. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal. Diario Oficial de la Federación. México, diciembre 1 de 1986.

SECRETARIA DE SALUD. Programa Nacional de Salud 1984-1988.
Secretaría de Salud. México, 1984.

SECRETARIA DE SALUD. Estructura Operativa de la Asistencia Social.
Patrimonio de la Beneficencia Pública. México, 1987.

SECRETARIA DE SALUD. Autonomía del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Secretaría de Salud. México, 1985.

SECRETARIA DE SALUD. Ley General de Salud. Secretaría de Salud. México, 1985.

SECRETARIA DE SALUD. Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. Secretaría de Salud. México, 1986.