ISSN 0482-5209

Revista de Administración Pública

Administración del Sector Salud

69/70
Enero Junio, 1987

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACION PUBLICA

Revista de Administración Pública

Administración del Sector Salud

69/70
Enero-Junio, 1987

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACION PUBLICA

ADMINISTRACION DEL SECTOR SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACION PUBLICA

REVISTA DE ADMINISTRACION PUBLICA

Director

José Chanes Nieto

Colaboradores

Roberto Ortega Lomelín
Irma Pellicer

ISSN 0482-5209

Revista de Administración Pública
© Instituto Naeional de Administración Públiea
Km. 14.5 Carretera México-Toluca
05110 Cuajimalpa, D.F. México
Impreso y hecho en México

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACION PUBLICA
Sección Mexicana del Instituto Internacional de Ciencias Administrativas

MIEMBROS FUNDADORES

Antonio Carrillo Flores
Gilberto LOYo
Rafael Mancera Ortiz
Ricardo Torres Gaytán
Raúl Salinas Lozano
Enrique Caamaño
Daniel Escalante
Raúl Drtiz Mena
Rafael Urrutia MilIán
José Attolini
Alfredo Navarrete
Francisco Apodaca
Mario Cordera Pastor
Cabino Fraga
Jorge Gaxiola
José Irurriaga
Antonio MartÍnez Báez
Lorenzo Mayoral Pardo
Alfonso Noriega, hijo
Manuel Palavicini
Jesús Rodríguez y Rodríguez
Andrés Serra Rojas
Catalina Sierra Casasús
Gustavo R. Velasco
Alvaro Rodríguez Reyes

CONSEJO DIRECTIVO

Ignacio Pichardo Pagaza
Presidente

Alejandro Carrillo Castro
Pedro Zorrilla Martínez
Vicepresidentes

Gloria Brasdefer
Manuel Camacho Salís
José Chanes Nieto
Alfredo del Mazo
Gabino Fraga
Héctor Mayagoytia Domínguez
Francisco Rojas Gutiérrez
José Francisco Ruiz Massieu
Carlos Sirvent
Consejeros

Xavier Ponce de León
Tesorero

Víctor E. Bravo Ahuja Ruiz
Secretario Ejecutivo

CONSEJO DE HONOR

Gabino Fraga Gustavo Martínez Cabañas Andrés Caso
Luis García Cárdenas

Indice

Página

PRESENTACION 11

TRmUNA 15

El Sistema Nacional de Salud
Guillermo 80berón Acevedo *17*

La modernización administrativa en el pensamiento presidencial y la Secretaría de Salud
José Francisco Ru iz Massieu *27*

La rectoría del Estado y la Política Nacional de Salud
Roberto Ortega Lomelin 35

El nuevo marco jurídico de la salud. Un enfoque de modernización
René González de la *Vega* *61*

La política de bienestar social y la salud
María de los Angeles Moreno Uriegas 71

Modelo y ejecución de la descentralización de los servicios de salud
Jorge Espinosa Femández *79*

La integración y funcionamiento de los Sistemas Estatales de Salud. El caso del Estado de México
Gustavo Baz Díaz Lombardo *87*

Experiencias y modalidades de la sectorización en salud
Manuel Ruíz de Chávez *99*

Página

Los problemas y programas prioritarios de salud
Jesús Kumate Rodríguez **111**

La regulación, el control y el fomento sanitario. El caso de México
Jaime MartusceUi Quintana y Sergio Sandoval Hemández *127*

El Sistema Nacional de Asistencia Social
Leobardo C. Ruíz Pérez *147*

La descentralización del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y los sistemas estatales y municipales
Francisco Bracamontes Manero *153*

El IMSS: Salud, seguridad y solidaridad social
Emilio Rabasa Gamboa *157*

El ISSSTE: La salud y la seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado
Alejandro Carrillo Castro *171*

El fomento industrial y la industria químico-farmacéutica
Mauricio de Maria y Campos *181*

La formación de recursos humanos para la salud
Cuauhtémoc Valdés Olmedo y Ricardo Ferrari Gleason *187*

La enseñanza en México de la administración de servicios de salud
Martha Palencia, Enrique Ruelas y Guadalupe Alvear *195*

La cooperación técnica internacional en el campo de la salud
Ramón Alvarez Gutiérrez y Ma. aralia González Pineda *209*

Los Sistemas Nacionales de Salud. Una perspectiva comparativa
Julio Frenk Mora y Avedis Donabedian *221*

La administración de los servicios de salud en América Latina
Bernardo Ramírez MinvieUe *239*

DOCUMENTOS 253

Exposición de motivos de la Ley del Seguro Social de 1973 255

Página

Exposición de motivos de la reforma al artículo 40. constitucional sobre el derecho a la protección a la salud. Diciembre de 1982 259

Exposición de motivos de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Diciembre de 1983 261

Exposición de motivos de la Ley General de Salud. Diciembre de 1983 265

Exposición de motivos de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. Diciembre de 1985 269

Convenio, bases y criterios para la homologación salarial y funcional del personal de las ramas médicas, paramédicas y grupos afines que se rigen por el apartado B del artículo 123 constitucional, 1985-1986 273

Marco normativo de la descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta. El caso del Estado de Tlaxcala 281

Acuerdo de coordinación que celebran el ejecutivo federal y el ejecutivo del Estado de Tlaxcala, para la descentralización de los servicios de salud. Diario Oficial de la Federación de 28 de junio de 1984 281

Acuerdo de coordinación que celebran el ejecutivo federal y el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala, para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud en la entidad. Diario Oficial de la Federación de 24 de junio de 1985 295

Convenio que celebran, por una parte, la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social y, por la otra, el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala, para el establecimiento de las actividades de apoyo logístico a los Servicios Estatales de Salud. 1985 307

Ley de Salud del Estado de Tlaxcala. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Tlaxcala de 20 de febrero de 1985 319

Acuerdo de coordinación que celebran el ejecutivo federal y el ejecutivo del Estado de Tlaxcala, con el propósito de descentralizar el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria en la entidad. Diario Oficial de la Federación de 20 de agosto de 1986 363

Página

ANTECEDENTES 375

Cronología de disposiciones jurídicas relevantes 377

Salubridad y Asistencia 385

Reglamento de estudios médicos, de exámenes y del Consejo de Salubridad del Departamento de México. 4 de enero de 1841 385

Decreto del gobierno que seculariza los hospitales y establecimientos de beneficencia. 2 de febrero de 1861 389

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 73, fracción XVI. 5 defebrero de 1917 391

Consideraciones que fundan y motivan el Convenio de Coordinación de Servicios Sanitarios entre el Gobierno Federal y del Estado de Guanajuato dentro de los límites de esta entidad. 12 de diciembre de 1933 393

Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República. Diario Oficial de la Federación de 25 de agosto de 1934 399

Iniciativa de Ley del C. Presidente de la República por la que se reforma y adiciona la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando la Secretaría de la Asistencia Pública. Diario de los Debates de la Cámara de Senadores de 14 de diciembre de 1937 401

Decreto por el que se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación de 17 de octubre de 1943 403

Decreto que crea una Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social. Diario Oficial de la Federación de 6 de agosto de 1965 405

Exposición de motivos del Octavo Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. Diario de los Debates de la Cámara de Diputados de 13 de febrero de 1973 407

Decreto de reformas y adiciones a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Dictamen de primera lectura. Diario de los Debates de la Cámara de Senadores de 14 de diciembre de 1982 409

Página

Seguridad Social 411

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 123, fracciones n, V, XIV Y XXIX. 5 de fehrero de 1917 411

Ley General de Pensiones Civiles de Retiro. 12 de agosto de 1925 413

Exposición de motivos de la reforma constitucional de los artículos 73, fracción X, y del preámbulo del artículo 123. Diario de los Debates de la Cámara de Diputados de 25 de julio de 1929 415

Ley por la cual se reforman los artículos 73 y 123 de la Constitución General de la República, 31 de agosto de 1929 417

Exposición de motivos de la Ley del Seguro Social de 1942 419

Exposición de motivos del proyecto de reformas a la Constitución General de la República. Artículo 123, apartado B. Diario de los Debates de la Cámara de Diputados de 14 de diciembre de 1959 421

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Dictámenes de primera y segunda lectura. Diario de los Debates de la Cámara de Senadores de 15 y 18 de diciembre de 1959 423

Asistencia Social 425

Decreto que adiciona la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando el Departamento de Asistencia Social Infantil. Diario Oficial de la Federación de 20 de junio de 1937 425

Decreto que crea un organismo público descentralizado que se denominará Instituto Nacional de Protección a la Infancia. Diario Oficial de la Federación de lo. de febrero de 1961 427

Decreto que crea un organismo público descentralizado denominado Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez. Diario Oficial de la Federación de 19 de agosto de 1968 429

Decreto por el que se crea un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se denominará Sistema Nacional para el Uesarrollo Integral de la Familia. Diario Oficial de la Federación de 13 de enero de 1977 431

Página

Beneficencia Privada 433

Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito y Territorios Federales. Dictamen de primera lectura. Diario de los Debates de la Cámara de Senadores de 28 de diciembre de 1942 433

Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito y Territorios Federales. Diario Oficial de la Federación de 2 de enero de 1943 435

Relación de titulares de las dependencias gubernamentales de salubridad y asistencia (1917 a la fecha) 437

NORMATIVIDAD 439

Disposiciones jurídicas vigentes en materia de salud 441

Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación de 30 de agosto de 1983 457

Decreto por el que se descentralizan a los gobiernos estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los estados, y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación de 8 de marzo de 1984 y adicionado con el artículo 12 el 24 de junio de 1985 461

Decreto por el que se aprueba el programa sectorial de mediano plazo, denominado Programa Nacional de Salud 1984-1988. Diario Oficial de la Federación de 9 de agosto de 1984 467

Decreto presidencial por el que se reforma y adiciona la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Dictámenes de las Cámaras de Senadores y de Diputados de 4 y 19 de diciembre de 1984 471

Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. Diario Oficial de la Federación de 9 de enero de 1986 473

Acuerdo sobre la integración del Consejo Nacional de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 1986 485

PRESENTACION

Durante la última década, el gobierno mexicano ha emprendido diversas acciones para conformar un Sistema Nacional de Salud de amplia cobertura de servicios para toda la población. Entre 1981 y 1982,la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República y los resultados de la consulta popular sobre salud y seguridad social de la campaña presidencial del licenciado Miguel de la Madrid Hurtado, aportaron los elementos fundamentales para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud y para la integración de la política de salud del presente régimen.

A partir de estos elementos básicos y a lo largo de poco más de cinco años, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, ahora de Salud, las instituciones del sector (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y los Institutos Nacionales de Salud), los gobiernos de las entidades federativas, así como los sectores social y privado, han llevado a cabo diversas acciones para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud como medio para hacer crecientemente efectivo el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos y que, en conjunto, constituyen la plataforma de la reforma sanitaria en México actualmente en proceso.

Se trata de una acción concertada entre los sectores público, social y privado, para avanzar en la cobertura universal de servicios de salud con una calidad básica homogénea. Así, el Sistema Nacional de Salud es el conjunto de esfuerzos concertados de las instituciones del sector salud, la propia Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, los Institutos Nacionales de Salud, los Centros de Integra-

ción Juvenil, el Instituto Nacional de la Senectud; de los gobiernos de los Estados a través de la conformación de los Servicios Estatales de Salud y de los Sistemas Estatales de Asistencia Social; de la sociedad organizada en las fórmulas que permiten impulsar la participación de las comunidades en la protección de su salud, y del sector privado con base en las prioridades sociales que reclama el país.

No es sólo un ejercicio de armonización. Fundamentalmente, se trata de una responsabilidad social que incumbe al gobierno federal, a los gobiernos de los Estados de la República, a los trabajadores de la salud, a las comunidades, a las familias y a cada uno de los mexicanos; se trata de hacer todo lo posible para procurar la protección de la salud.

A través de diversos medios se ha dado una amplia difusión a la experiencia desarrollada y se considera conveniente toda oportunidad que se presente para alcanzar auditorios específicos, pertenezcan o no al campo de la salud. Por ello, el Instituto Nacional de Administración Pública presenta en este número de su *Revista de Administración Pública (RAP)* los principales desarrollos de las políticas, programas y acciones a cargo de la dependencia desde el inicio de la gestión gubernamental del licenciado Miguel de la Madrid Hurtado, en cumplimiento de las directrices que en materia de salud señala el *Plan Nacional de Desarrollo* 1983-1988, así como *elProgroma Nacional de Salud 1984-1988.*

En el presente volumen se integran las contribuciones de diversos funcionarios de la Secretaría de Salud, de otras instituciones de la administración pública federal y estatal, así como de especialistas del quehacer público del país, que entusiastamente se sumaron a esta empresa de difusión y de información al público en general y a los estudiosos de la administración pública en particular.

Como es ya tradicional en la *Revista de Administroción Pública,* el presente número se integra por cuatro secciones: TRIBUNA, DOCUMENTOS, ANTECEDENTES Y NORMATIVIDAD.

La sección de TRIBUNA inicia con la exposición de Guillermo Soberón Acevedo en tomo a los propósitos, naturaleza y organización del Sistema Nacional de Salud, así como al marco de referencia de la reforma jurídica actualmente en proceso en materia sanitaria. Asimismo, José Francisco Ruiz Massieu adiciona los elementos fundamentales de la modernización administrativa en el pensamiento presidencial y en la Secretaría de Salud. Roberto Ortega Lomelín describe la naturaleza y los alcances de la rectoría del Estado en relación a la política nacional de salud. Más adelante, René GonzáÍez de la Vega precisa el contenido del nuevo marco jurídico de la salud, centrado en la constitucionalización del derecho a la protección de la salud. La exposición de María de los Angeles Moreno Uriegas complementa este conjunto de trabajos

sobre la política de bienestar social en general y de manera específica lo concerniente a la salud.

La descentralización de los servicios de salud es tema central de tres trabajos: Jorge Espinosa Fernández caracteriza el modelo y ejecución de esta estrategia fundamental en la actual política sanitaria; Gustavo Baz Díaz Lombardo refiere la experiencia particular del Estado de México en el proceso de integración de los Servicios Estatales de Salud; finalmente, Francisco Bracamontes Manero reseña los avances en la descentralización del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, mediante la conformación de los sistemas estatales y municipales de asistencia social.

Otro conjunto de exposiciones se orienta a los aspectos sustantivos de la salud: Manuel Ruíz de Chávez compendia las experiencias y modalidades de la *sectorización* en materia de salud; jesús Kumate Rodríguez precisa el estado actual del conocimiento de los problemas de salud para su atención y solución, y esboza los programas prioritarios de salud que se han implantado en la presente administración. Por su parte, Jaime Martuscelli Quintana y Sergio Sandoval Hernández exponen el desarrollo actual de la regulación, el control y el fomento sanitario; Leobardo C. Ruíz Pérez relata la conformación del Sistema Nacional de Asistencia Social, estructurado con el objeto de atender los programas derivados de este servicio de salud. Se suman a estos trabajos las aportaciones de Emilio Rabasa Gamboa sobre salud, seguridad y solidaridad social desde la perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social y la de Alejandro Carrillo Castro sobre la salud y la seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado, función primordial ésta del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Complementa este conjunto de artículos el trabajo de Julio Frenk Mora y de Avedis Donabedian sobre la perspectiva comparativa de los sistemas nacionales de salud.

Un conjunto adicional de aportaciones se centra en la formación de recursos humanos para la salud y en la enseñanza en México de la administración de los servicios de salud. Cuauhtémoc Valdés Olmedo y Ricardo Ferrari Gleason compilan la experiencia del sector salud en relación a la formación de recursos humanos. Martha Palencia, Enrique Ruelas y Guadalupe Alvear reseñan el estado actual de la enseñanza de la administración de servicios de salud en México. Por su lado, Bernardo Ramírez Minvielle analiza desde una óptica particular la administración de los servicios de salud en América Latina.

Finalmente, el trabajo de Mauricio de María y Campos revisa el fomento a la industria químico-farmacéutica, y el de Ramón Alvarez Gutiérrez y María Oralia González Pineda aborda la cooperación técnica internacional en el campo de la salud.

La segunda sección, DOCUMENTOS, recoge los principales escritos que sustentan las actividades del sector salud durante la actual gestión gubernamental. Por las características de la edición no es posible incorporar el vasto conjunto de ordenamientos jurídicos que dan base al quehacer actual del sector salud y de la Secretaría en particular, Por ello, este apartado incluye fragmentos o, en algunos casos, el texto íntegro de los principales materiales documentales. Por sólo citar algunos, el lector encontrará referencias de la Ley del Seguro Social, la reforma al artículo 40. constitucional, la Ley del ISSSTE, la Ley General de Salud, la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, el convenio, bases y criterios para la homologación salarial y funcional del personal que se rige por el apartado B del artículo 123, así como el marco normativo, en el caso de Tlaxcala, para la descentralización de los servicios de salud a población abierta.

ANTECEDENTES, que es la tercera sección de la RAP, tiene una composición similar a la anterior, En ella se incluye una cronología de disposiciones jurídicas relevantes, una compilación de leyes, exposiciones de motivos, regiamentos, decretos y otros instrumentos en relación a la salubridad y asistencia, a la seguridad social, a la asistencia social y a la beneficencia privada, así como una relación de titulares de las dependencias gubernamentales de salubridad y asistencia de 1917 a la fecha.

La última parte de esta obra, NORMATIVIDAD, contiene la normativa básica del quehacer sanitario: disposiciones jurídicas vigentes, Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, el decreto aprobatorio del Programa Nacional de Salud 1984-1988, así como los decretos presidenciales para la descentralización de los servicios de salud a población abierta, el que reforma y adiciona a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y el acuerdo para la integración del Consejo Nacional de Salud.

Agradecemos a la Secretaría de Salud su colaboración para dar a conocer las acciones que vuelven efectivo el derecho a la protección de la salud.

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACION PUBLICA

El Sistema Nacional de Salud

GUILLERMO SOBERON ACEVEOO'

INTRODUCCION

En la última década, el gobierno mexicano ha emprendido diversas acciones para conformar un Sistema Nacional de Salud.

La necesidad de establecer tal sistema se fundamenta en, al menos, las siguientes razones:

- Superar diferencias de índole cuantitativo y cualitativo entre los servicios de salud que ofrecen las instituciones de seguridad social y los organismos que prestan servicios a población que no es derechohabiente de esas instituciones (población abierta).
- Reforzar la capacidad operativa y de gestión de los servicios de salud en los gobiernos de los estados.
- Vincular la planeación de los servicios de salud con la planeación global de la **nación.**

"En **colaboración con Cuauhtémoc Valdés Olmedo.**

Desde el inicio de la actual administración del presidente Miguel de la Madrid, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y ahora de Salud, lleva a cabo diversas acciones para alcanzar la consolidación del Sistema Nacional de Salud como medio para hacer erecientemente efectivo el derecho a la proteoción de la salud.

I. NATURALEZA Y PROPOSITO

El Sistema Nacional de Salud es un componente sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática. Pretende armonizar los programas de servicios de salud que realiza el gobierno federal con los que llevan a cabo los gobiernos de las entidades federativas y el concurso de los sectores social y privado que prestan sus servicios, a fin de dar efectividad creciente al derecho a la protección de la salud.

Conviene recoger de la iniciativa de adición al artículo 40. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la exposición de motivos del derecho a la protección de la salud, toda vez que de ellos se refleja el propósito del gobierno federal de hacer efectivo ese derecho, mediante el establecimiento del Sistema Nacional de Salud, a la vez que perfilan sus principales características:

1. *Acceso* y cobertura. El Sistema Nacional de Salud pretende hacer "factible que en el mediano plazo todos los mexicanos tengan acceso a servicios institucionales que contribuyan a la protección, restauración y mejoramiento de sus niveles de salud".' Se refiere tanto a las proporciones de la población beneficiadas por los servicios de salud como a los requerimientos específicos que plantean las características socíodemográficas de los distintos grupos de edades o sociales. Correlativamente, se pretende lograr la mayor cobertura a través de facilitar el acceso de toda persona a los servicios; al efecto, se definirán las bases y modalidades de ese acceso que tiendan a eliminar barreras económicas, sociales, culturales y geográficas.
2. *Integración* y *coordinación*, .para dar cabal efectividad al derecho social de la protección a la salud. El sistema adopta la estructura sectorial, bajo la responsabilidad de un coordinador, dentro del cual las instituciones de salud, sin perjuicio de su personalidad jurídica y patrimonio propios y de su autonomía paraestatal, se integren y coordinen funcionalmente para evitar duplicidades y contradicciones; en suma, para dar un uso más eficiente a los recursos sociales y dotar de cabal efectividad al derecho social a la protección de la salud.[2]
3. *Descentralización.* El Sistema Nacional de Salud constituye un medio de hacer efectiva la política de descentralizaeión de la vida nacional. La descentralización significa el deslinde de la responsabíñdad entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; bajo criterios de gradualidad y tomando en cuenta las características de cada entidad federativa.
4. *Planeación.* El Sistema Nacional de Salud es una parte sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática. "Por medio de él, la planeación nacional dispondrá los procedimientos indíspensables a fin de que el programa de salud y los programas institucionales, cimentados en el Plan Nacional de Desarrollo, resulten compatibles y complementarios".' Las entidades federativas y los municipios se integran al Sistema Nacional de Salud por la vertiente de la coordinación; los sectores social y privado a través de las vertientes de concertación e inducción.

Así, la conformación del Sistema Nacional de Salud se puede entender como una tarea de coordinación de acciones en busca de la

1 "Exposición de motivos del derecho a la protección de la salud" en *Proceso Legislativo de la Iniciativa Presidencial para Adición al* Artículo *4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,* p. 14.

2 *Ibid*, p. 15.

s *Ibid*, p. 15.

coherencia, armonía y flexibilidad necesarias para establecer y brindar acceso a los servicios de salud, dar un uso más eficiente de los recursos y contribuir al logro de una sociedad más igualitaria.

El propósito del Sistema Nacional de Salud se da en dos grandes orientaciones:

1. Ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, dando prioridad a los núcleos rurales y urbanos más desprotegidos, y
2. Elevar la calidad de los servicios que se prestan tendiendo a alcanzar, a la brevedad posible, un mínimo satisfactorio en que se asienten desarrollos posteriores.

2. OBJETIVOS

El Sistema Nacional de Salud no es un fin en sí mismo; es, como ya se ha dicho, un instrumento para hacer crecientemente efectivo el derecho a la protección de la salud. Sus objetivos están contenidos en la Ley General de Salud (artículo 60.) y son:

1. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
2. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
3. 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;
4. 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;
5. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente, que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
6. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud, y
7. Coadyuvar a la modificacíón de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

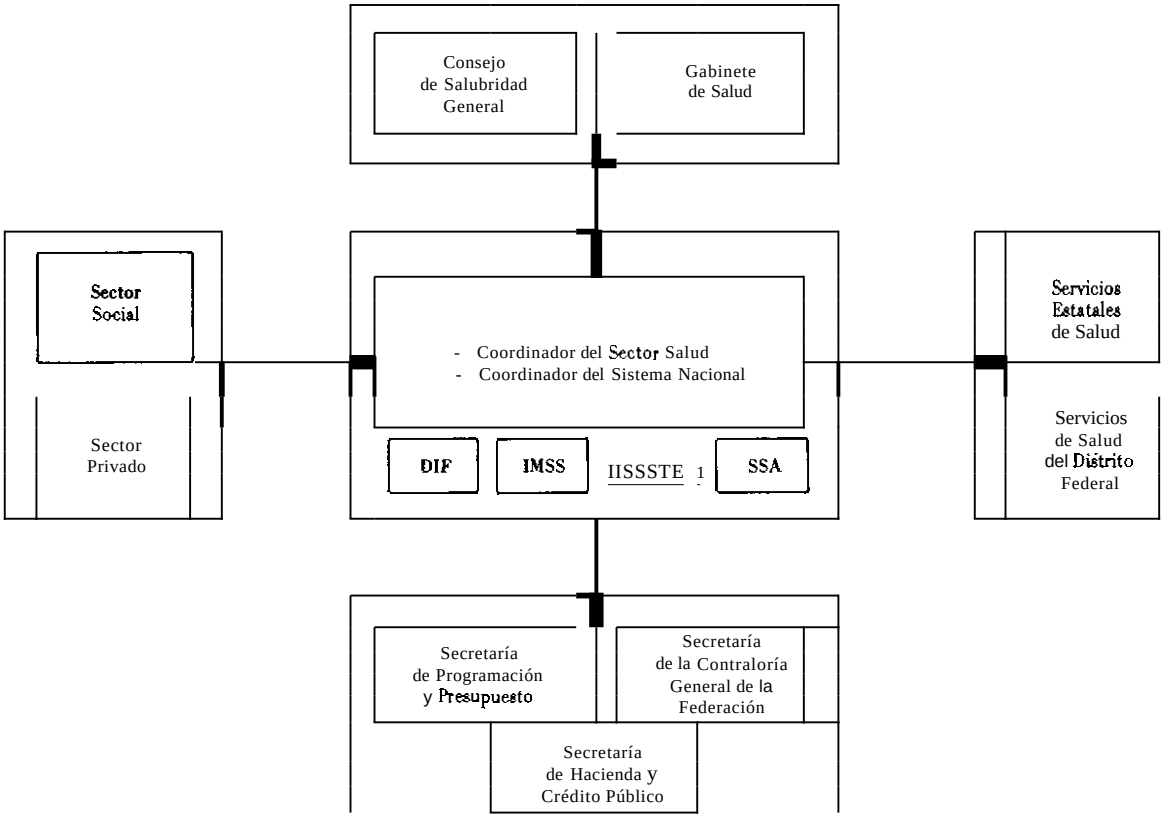
3. COMPONENTES DEL SISTEMA

El Sistema Nacional de Salud se integra con tres tipos de componentes, de acuerdo a las vertientes de instrumentación de la planeación (figura 1):

1. Entidades del sector salud, para las cuales aplica la obligatoriedad;
2. Gobierno de las entidades federativas, que se vinculan a través de la coordinación con el gobierno federal;
3. Sectores SOCIal y privado, que se incorporan mediante la concertación e inducción con apoyo en la consulta popular.

Figura 1

SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Secretaría de Salud

La Ley General de Salud hace recaer la coordinación del Sistema Nacional de Salud en la Secretaría de Salud. La responsabilidad de ésta en su cometido de consolidar el Sistema Nacional de Salud se da, entre otros, en los siguientes ámbitos:

1. Establecer y conducir la política nacional en materia de salud;
2. Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines, que en su caso se determinen;

3. Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud;
4. Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud;
5. Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud;
6. Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;
7. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud, coadyuvando a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud, y
8. Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

Además, la Ley General de Salud asigna, entre otras (artículo 13), las siguientes atribuciones a la Secretaría de Salud:

- Dictar las normas técnicas de los servicios de salud en todo el territorio nacional y verificar su cumplimiento;
- Coordinar, evaluar y llevar el seguimiento de los servicios de salud;
- Realizar la evaluación general de la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional;
- Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, y
- Promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento.

Sector Salud

La Ley de Planeación, los acuerdos de sectorización, así como la Ley de Entidades Paraestatales encomiendan a las entidades de la administración pública federal, que tienen el carácter de coordinadoras de sector, la planeación, coordinación, evaluación y vigilancia de las entidades de la administración paraestatal adscritas a su sector.

En el caso del sector salud, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal introdujo el agrupamiento por programas, funciones y servicios de las instituciones de seguridad social, así como de otras entidades que cuentan con servicios de salud.

De esta forma, el sector salud se integra de la siguiente manera:

- Los servicios de salud de la Secretaría de Salud que aún no están descentralizados;
- Las funciones, programas y servicios de salud que realizan el IMSS, el ISSSTE y, en general, las dependencias y entidades de la administración púhlica federal;
- El subsector de los Institutos Nacionales de Salud que se compone por los de cardiología, cancerología, enfermedades respiratorias, nutrición, neurología y neurocirugía, pediatría, perinatología y salud pública, el Hospital Infantil de México y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, y

- El subsector de asistencia social, conformado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Integración Juvenil.

Gabinete de Salud

El Gabinete de Salud es una instancia presidencial de coordinación para el cumplimiento de las políticas y programas de salud del gobierno federal. Está presidido por el titular del ejecutivo federal, en su carácter de autoridad sanitaria, y se integra con los secretarios de salud, programación y presupuesto y de la contraloría general de la federación; los directores generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y con una secretaría a cargo del Secretariado Técnico de Gabinetes.

Este cuerpo colegiado desempeña una función trascendente en la coordinación del sector salud. Sus acuerdos tienen carácter prioritario en la operación general de cada una de las dependencias y entidades participantes.

Consejo de Salubridad General

El Consejo de Salubridad General depende directamente del presidente de la República. Su existencia está prevista en la Constitución y sus funciones están definidas en la Ley General de Salud. Es también una autoridad sanitaria. Está integrado por el secretario de salud, quien preside; un secretario y doce vocales titulares, que incluye a representantes de las instituciones educativas y de ciencia y tecnología (UNAM, IPN, Conacyt y dos instituciones educativas); también están presentes el presidente de la Academia Nacional de Medicina y un especialista en materia ambiental.

Gobiernos Estatales

La Ley de Planeación señala la participación de los gobiernos de las entidades federativas en el Sistema Nacional de Planeación Democrática. En perspectiva, su relación con el Sistema Nacional de Salud se establecerá con la planeación, organización y desarrollo de los Sistemas Estatales de Salud, conforme lo establecen los acuerdos de coordinación entre los gobiernos de las entidades federativas con el ejecutivo federal, a través de la Secretaría de Salud.

A los gobiernos de las entidades federativas les corresponde, en materia de salubridad general, como autoridades sanitarias locales y dentro de sus jurisdicciones, entre otros, lo siguiente:

1. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general en lo que se refiere a la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la organización, control y vigilancia del ejercicio profesional, la promoción de la formación de recursos humanos para la salud, la coordinación de la investigación para la salud, la prevención y el

control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre, la salud ocupacional y la educación para la salud, la prevención y el control de **enfermedades transmisibles, no** transrnisibles y accidentes; la asistencia social, y la aplicación de las contra-adicciones.

2. Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud.
3. Formular y desarrollar programas estatales de salud en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.

Participación de los Sectores Social y Privado

La Secretaría de Salud promueve la participación en el Sistema Nacional de Salud, de los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado, así como de los trabajadores de la salud y los usuarios de esos **servicios.**

La modalidad inicial de participación que se instrumentó fue la consulta popular. Posteriormente, se ha dado en el Programa de Movilización Social para la Salud. En materia de salud, la participación social tiene un significado relevante por al menos, tres razones:

1. Porque la protección a la salud es un derecho consagrado en la Constitución;
2. Porque es compromiso del gobierno descentralizar los servicios de salud a las entidades federativas para acercarlos a sus beneficiarios, y
3. Por la correspondencia que existe entre el mejoramiento de la salud, el bienestar de la población, la distribución del ingreso, el disfrute del tiempo libre que éste genera y el incremento de la productividad.

4. ESTRATEGIAS DE CONSOLIDACION

En el documento denominado *Hacia un Sistema Nacional de Salud* se perfilan tres de las estrategias para su consolidación, a saber: sectorización, descentralización y modernización administrativa. En la formulación del Programa Nacional de Salud se incorporaron dos más: la de coordinación intersectorial y la de participación de la comunidad.

Sectorización

La sectorización significa el agrupamiento de entidades paraestatales bajo la coordinación de una dependencia del ejecutivo federal. La organización efectiva del sector salud comprende a los programas de salud de instituciones de seguridad social, a las instituciones de salud para población no cubierta por éstas, al subsector de los Institutos Nacionales de Salud y al subsector de asistencia social. La **conformación del sector ofrece un mecanismo** de coordinación para avanzar programas y funciones, y para lograr la participación de los sectores social y privado, para dar así efectividad creciente al derecho a la salud.

El avance sectorial se ha basado en la conformación de grupos interinstitucionales que formularon el Programa Nacional de Salud 1984-1988 y que están al tanto de programas

específicos, tales corno inmunizaciones, planificación familiar, vigilancia epidemiológica y otros más; la sectorización también ha propio ciado la homologación salarial y funcional.

Descentralización

La descentralización de los servicios de salud se basa en la tesis de gobierno que se refiere a la descentralización de la vida nacional. El proceso de la descentralización de los servicios de salud hacia los estados, iniciado en 1984, a la fecha ha producido la descentralización a doce estados del país: Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Michoacán, Nuevo León, Querétaro, Sonora, Tabasco y TIaxcala, en los que se han fusionado orgánicamente los distintos servicios de salud a población ahiertao SSA, lMSS-COPLAMAR y los propios de,cada estado.

Los servicios que se han entregado a esos doce gobiernos estatales, en conjunto, atienden el 42.4 por ciento de la población no cubierta por la seguridad social que vive fuera del Distrito Federal. Para ello, cuentan con 44.5 por ciento de los recursos para la salud de los 31 estados de la Unión.

En la implantación de este proceso existen varios factores que han jugado un papel relevante y son:

- La voluntad política del gobierno local para recibir la operación de los servicios;
- El apoyo financiero tanto federal como estatal, para sustentar la transferencia de los servicios, y
- La capacidad técnica para hacerse cargo de los servicios por parte de las oficinas estatales y en el nivel jurisdiccional.

La Modernización Administrativa

Para adecuar las estructuras institucionales a las nuevas responsabilidades de la Secretaría de Salud fue necesario, además, aplicar una tercera estrategia: la modernización administrativa, entendida no sólo como un simple proceso de reducción y actualización, sino como un ajuste dinámico de la organización, con objeto de cumplir las funciones rectoras que abora le corresponden como coordinadora del sector y conductora del Sistema Nacional de Salud.

La reorganización de la secretaría superó una añeja dicotomía estructural y ha decantado sus funciones sustantivas: servicios de salud, regulación sanitaria e investigación y desarrollo; y en lo que atañe a las tareas de regulación y de apoyo: planeación y administración. De esta forma, se hace congruente el trabajo de la secretaría con su destino institucional: convertirse en una dependencia encargada de normar, planear, evaluar, supervisar los servicios de salud y ser un organismo de gestión financiera, dejando la operación de los servicios a los estados y a otras entidades de la administración pública federal. De 1983 a la fecha, la compactación de la secretaría ha implicado la reducción de 47 unidades administrativas centrales, que se tenían en 1982, a 21 en la actualidad.

Coordinación Intersectorial

La organización sectorial de la administra-

ción pública implica, en el esquema del Sistema Nacional de Planeación Democrática, que cada sector debe identificar los objetivos, prioridades y acciones que le corresponde alcanzar; y que es necesario identificar aquellos esfuerzos en los que exista o deba existir interrelación de sectores.

La complejidad de los problemas y de las condiciones de salud en el mundo actual, y el hecho de que los avances en salud rebasan en ciertos temas la competencia del sector, hace necesaria la interacción entre otros campos y sectores de la vida nacional.

La acción mutua entre ellos se ha visto normada e impulsada por dos cuerpos colegiados: el Gabinete de Salud y el Consejo de Salubridad General. Por medio de ellos, el primero, que actúa más en un alto nivel político y, el segundo, con un carácter técnico, se ha avanzado en la superación de añejos problemas en la formación de recursos humanos que requiere el Sistema Nacional de Salud, así como en la orientación de la investigación en temas de interés nacional; la atención y desahogo del problema de abastecimiento de insumos médicos, a través de la formulación y puesta en práctica del Programa de Fomento y Desarrollo de la Industria Farmacéutica; del refuerzo operativo de los programas de planificación familiar, en el marco de la política demográfica que el país ha definido desde tiempo atrás; el combate a las adicciones a través de la organización y ejecución conjunta con los sectores público, social y privado de los programas contra la farmacodependencia, el alcoholismo y el tabaquismo; la acción sanitaria correspondiente en los problemas del medio ambiente, y la responsabilidad de la fase de consumo y nutrición en el Programa Nacional de Alimentación del gobierno federal.

El alcance de las medidas encomendadas del ejercicio intersectorial muestra claramente que el gobierno de la República ha superado antiguas concepciones de la salud, colocándola ahora en un concepto integral que comprende componentes biológicos y genéticos de los individuos, los efectos del medio ambiente, las condiciones socioeconómicas, los factores del comportamiento humano y la capacidad de respuesta social a los problemas de salud a través de la organización y **operación de servicios.**

Participación de la Comunidad

La lucha por la salud sólo puede tener éxito y ser trascendente si se apoya en la colaboración activa de la población. Se trata de que los servicios de salud se conviertan en valores culturales de la comunidad y como tales que ésta los cuide, los incremente y los haga factores decisivos para la vida y el desarrollo.

Se han aplicado diversos mecanismos de participación que incluyen la formación de más de 5 mil comités de salud en cada unidad aplicativa; en algunos casos, se han establecído comités municipales de salud en los que participan las autoridades locales, representantes de la comunidad y los organismos prestadores de servicios.

Finalmente, otra fórmula de participación en la gestión de los servicios es la de los patronatos de unidades hospitalarias y la de los Institutos Nacionales de Salud.

La modernización administrativa en el pensamiento presidencial y la Secretaría de Salud

lOSE FRANCISCO RUIZ MASSIEU

La salud ha sido, en la administración del presidente Miguel de la Madrid, ámbito predilecto al que le ha dispensado su atención y apoyo dentro de la política de desarrollo social tendiente a acceder, progresivamente, a una sociedad igualitaria y a la democratización integral como elementos indiscutibles de una estrategia de estrechamiento de las acciones de gobierno con el proyecto nacional definido por el Constituyente de Querétaro.

"Para mí -dijo el presidente Miguel de la Madrid- modernizar es consustancial a democratizar".' A partir de este concepto de esencia política, se desenvuelve un proceso de modernización administrativa de la ahora Secretaría de Salud, modificando esquemas y fórmulas tradicionales que en el campo de la salud impedían la obtención de resultados eficaces a demandas efectivas de la sociedad, especialmente de grupos económica y socialmente rezagados.

MODERNIZACION, DESARROLLO Y SALUD

En el curso de su campaña presidencial, De la Madrid también expresó que "modernización y desarrollo se usan a veces como conceptos análogos y se dice que la modernización -o bien el desarrollo- es un fenómeno en virtud del cual se somete la conducta humana a la razón y a la inteligencia".' A la razón y a la inteligencia sumó el presidente De la Madrid la convicción, la firmeza y la decisión efectiva de transformar la administración pública de la salud en México.

Puntal indiscutible de este proceso fue la iniciativa por la que se eleva a rango consti-

Discurso ante los integrantes de la Sociedad Mexicana de Líeeneiedce **en Administración.**

[2] **Reunión con profesionales de Durango.**

tucional el derecho a la protección de la salud. El por qué de esta acción trascendental se explica en una idea clara de este tipo de garantías: "La concepción de los derechos sociales, que surgió de la revolución mexicana, fue y es la base de toda Una filosofía del desarrollo nacional. Esta filosofía se ha traducido en un orden jurídico que mucho ha influido en el cambio de estructuras económicas y sociales", lo que expresa el propósito práctico de la reforma, a lo cual se agrega: "Mucho es lo que nos falta para tener una sociedad justa. Hemos ampliado la libertad formal y material de grandes grupos de mexicanos; pero, también, hay grandes grupos rezagados que, al desvirtuar el valor de la igualdad, relativizan la libertad, la justicia y la seguridad, valores clásicos del derecho; impidiendo, asimismo, una mayor profundización en el proceso constructivo de la democracia mexicana";' Queda así expresado el contenido político, social e histórico de un nuevo elemento: el derecho a la salud, que enriquece el contenido del proyecto nacional al instalarse el propósito en el instrumento que conforma, delimita y orienta el propio proyecto.

Esta reforma es expresión indubitable de un ánimo liberal y progresista. Juárez seculariza la caridad transformándola en asistencia; el Constituyente de 1917 la institucionaliza en la mayor jerarquía constitucional y administrativa, al establecer el Departamento de Salubridad que los gobiernos de la revolución fusionan con la Secretaría de Asistencia; y el presidente Miguel de la Madrid da el paso de transformar concepto y órgano, es decir, fin y medio, al hacer de la asistencia un derecho constitucional, social y programático para acceder a servicios de salud y al transformar la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la Secretaría de Salud. Conviene a este respecto formular algunas precisiones de índole histórica, toda vez que la modernización administrativa de la Secretaría de Salud, si bien responde a propósitos democratizadores, también constituye una reacción a un proceso evolutivo que mostraba carencias y rezagos aún no plenamente superados a pesar de anteriores esfuerzos.

En el siglo XIX, el ánimo liberal de la nación impidió que el Estado identificara con plenitud una cabal responsabilidad compartida con la sociedad y el individuo en la salud del pueblo, situación que se vio desfavorablemente acentuada por preocupaciones de estabilidad política en un periodo y, posteriormente, por haberse considerado que el desarrollo económico acarrearía derramas para el beneficio de la sociedad entera, lo cual no ocurrió.

La tutela de los derechos individuales y la conformación de un gobierno que unificara la nación, hacían entonces difícilmente previsible la asunción de responsabilidades gubernamentales de prestación de servicios a la sociedad en proporciones hasta entonces designadas por la administración pública. Baste señalar la crisis administrativa y financiera por la que atravesó la presidencia de Juárez, y la contraproducente política financiera limantouriana de la dictadura porfirista.

Apenas alcanzó a preocupar, con énfasis identificable en el siglo pasado, el problema

3 Reunión Nacional de Consulta Popular para la Planeación: *Justicia Igualitaria.*

de sanidad en puertos y fronteras, siendo hasta 1894 que se expidió el primer Código Sanitario, enfocado fundamentalmente a los sitios de tránsito de personas y mercancías, y careciendo de una concepción universal de atención a la salud del individuo y las comunidades.

El espasmo social y político del porfiriato se traduce en el sacudimiento revolucionario que alcanza a plasmar un proyecto nacional en la Constitución de Querétaro, misma que recoge como facultad del Congreso de la República, la atribución de legislar en materia de salubridad general y define la existencia de un Departamento de Salubridad, además de precisar las funciones del Consejo de Salubridad General.

Para sumar esfuerzos en favor de la salud, en 1934 se expide la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, previendo la celebración de convenios entre el citado departamento administrativo de rango constitucional y los gobiernos de los estados para crear órganos regionales de competencia coordinada y concurrente.

Es hasta el año de 1937 que se crea la Secretaría de Asistencia para, en 1943, fusionarse con el Departamento de Salubridad, constituyendo la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

A esta secretaría de Estado, a través de la Ley de Secretarías y Departamentos de 1947, le son asignadas facultades para organizar, administrar y controlar la prestación de servicios de salud, así como la asistencia y beneficencia públicas.

Respuesta a un fenómeno generalizado de descoordinación en la administración pública en 1977, se disponen fórmulas y mecanis**mos para constituir sectores administrativos** bajo la conducción de las secretarías de Estado y departamentos administrativos, agrupándose en consecuencia diversas entidades paraestatales bajo la coordinación y control de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Sin embargo, como lo señala el presidente De la Madrid en su mensaje al Congreso de la Unión, proponiendo la adición al artículo 40. de la Carta Política: "La descoordinación de las distintas dependencias y entidades públicas dedicadas a la salud ha dado lugar a duplicidades, dispendio de esfuerzos, derroche de recursos y pérdida de tiempo, siempre en perjuicio de México y su población. Para solucionar esto se han intentado durante decenios fórmulas de diversa índole sin éxito real".

A la descoordinación se suman tres características estructurales de los servicios de salud, agregándose los elementos del reto de transformar la administración de la salud a través de la constitución y consolidación de un Sistema Nacional de Salud. Estos tres ingredientes son la centralización, la desigualdad y los problemas administrativos. En la propia iniciativa de reforma constitucional, el presidente De la Madrid expresa "El propósito de revertir el proceso centralizador que desde principios del siglo se iniciara en materia de salud y que ha conducido a que la federación tome responsabilidades que recaen en las jurisdicciones local y municipal..." a lo cual agrega: "El Código Sanitario ha desvirtuado el ámbito de la salubridad general que concibió el Constituyente de Querétaro y... se ha acabado recientemente con el carácter concurrente de la materia sanitaria".

En cuanto a la desigualdad, en el mismo texto indica: "... se aprecia una dolorosa discriminación en el campo de la salud: la calidad de los servicios varía radícalmente de una institución a otra y de una región a otra". No obstante los esfuerzos logrados en poco más de 60 años de gobiernos revolucionarios, señala el presidente De la Madrid con precisióm "A menudo se antoja que los empeños y afanes no han alcanzado los frutos esperados, quedando aún muchos compatriotas sin recibir los mínimos de atención a la salud, básicamente por problemas de organización y administración". Quedan planteados los retos de la transformación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la ahora Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, encargadas ciertamente de proteger, restaurar y mejorar la salud de los mexicanos, difieren en cuanto al alcance de esa responsabilidad y al modo de hacerla efectiva; difieren en cuanto a la concepción y medíos. No se trata únicamente de un nuevo nombre para una vieja dependencia; se trata del arribo a la fase final -la terminológica- de un largo y arduo proceso tendiente a recrear una secretaría de Estado. Un nuevo nombre y una nueva dependencia.

La Secretaría de Salud, a partir de los aciertos y limitaciones de la extinta Secretaría de Salubridad y Asistencia, se acomoda a la función original que nuestro derecho administrativo señala a las secretarías de despacho y que se ha ido deslavando en algunos ramos de la acción gubernativa: es instancia de autoridad y no aparato de prestación de servicios a la ciudadanía. Nuestro derecho administrativo y así se recoge en el nuevo modelo orgánico-funcional de la Secretaría de Salud, dispone que los servicios a los ciudadanos deben prestarse por las entidades federativas (estados y Distrito Federal) y por organismos públicos descentralizados.

Para lo anterior, el presidente De la Madrid díspuso diversas iniciativas para reformar el Código Sanitario de 1973, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y la Ley General de Salud, que además de explicitar el rango social de la salud, coloca las bases de la descentralización y articula la acción pública en ese campo. Además, esa ley es la piedra de toque de la modernización de la legislación sanitaria. Quedan así fijadas, en un método y proceso que corresponde y es propio a los Estados de derecho, las bases legales de la reforma administrativa de la Secretaría de Salud.

El proceso de formación de la nueva secretaría ha respondido a una nueva concepción de la salud: la salud, ciertamente, tiene una dímensión psicobiológica, pero la tiene también social, económica y política: la salud es un valor psicobiológico, pero también un valor social, económico y político.

La salud es indicador elocuente de democracia, al extremo de que para conocer qué tan igualitaria es una sociedad, bastaría con revisar los principales indicadores de salud.

ADMINISTRACION PUBLICA YSUREFORMA

Miguel de la Madrid aporta un concepto político tanto de la administración pública como de los procesos tendientes a su reforma. Lo

primero lo hace al señalar que la administración pública posee el carácter instrumental propio del poder público, que deriva del principio de la soberanía del pueblo: "La soberanía popular, dentro de la corriente doctrinal en que se inspira el constitucionalismo mexicano, siempre es una potestad inseparable de la nación; nunca puede convertirse en atributo de la comunidad, en cualidad del orden jurídico y, menos aún, en objetivo de las funciones gubernamentales".'

Si el Estado no es soberano, puesto que ese atributo corresponde indelegablemente al pueblo, luego, la persona estatal no tiene función per-se, sino que tiene por vocación contribuir a la prosperidad y desenvolvimiento del pueblo, quien le fijó sus responsabilidades en la Constitución. Una nueva responsabilidad del Estado es, por consiguiente, dar cumplimiento progresivo y efectivo al derecho a la protección de la salud.

En esa medida, la administración pública, porción del poder ejecutivo, es un aparato político custodio, garante e impulsor de los valores políticos superiores de la sociedad: "... el Estado contemporáneo se ha desarrollado, fundamentalmente, a través de la administración. Se han rebasado las ideas tradicionales de las funciones del Estado y hablar de administración pública es hablar de los más amplios contenidos de fenómeno político. La administración pública forma parte esencial del sistema y del proceso político".s

4 "La soberanía popular en el constitucionalismo mexicano y las ideas de Rousseeu" en *Estudios de Derecho Constitucional*, Porrúa. México, 1980, p. 166.

5 Díaeurso de clausura de la Reunión Popular para la Planeación: *Modernización de la Administración Pública*. León. Guanajuato. 17 de marzo de 1982.

En consecuencia, la administración pública debe actuar como un instrumento de desarrollo económico nacionalista e independiente, además de contribuir al advenimiento de una sociedad igualitaria e impulsar el proceso de democratización integral. Por ello, la administración no es un complejo de operaciones administrativas formalistas ni territorio de hombres sin compromiso político ni conjunto de recursos disponibles para todo proyecto ideológico. La administración no es un espacio sustraido del quehacer político; es, precisamente, un espacio político que no puede conducirse mecánicamente conforme a técnicas de gestión supuestamente neutras. La reforma constitucional propuesta por el presidente De la Madrid deja apostada a los servicios de salud en garante ideológico de la revolución: en tratándose de la salud de individuos, familias y comunidades no hay lugar a servicios entendidos como dádivas; hay sí, ejercicio de un derecho social a la equidad en materia de salud y una obligación correlativa del Estado para procurar su cabal cumplimiento. El eje de esta acción no puede ser otro que la Secretaría de Salud, a través del Sistema Nacional de Salud, quien vio la expansión de recursos, de su organización, de su personal, de sus facultades y de sus instrumentos y responsabilidades. Esa expansión le generó problemas de eficiencia y de eficacia, como Miguel de la Madrid ha reconocido en repetidas instancias: "México ha visto ampliada su administración pública conforme han crecido las responsabilidades del Estado. La expansión de las tareas estatales, el crecimiento correspondiente de las tareas administrativas y de los recursos que se le asignan, han sido en nuestro país un proceso tan acelerado que, en ciertos sectores de actividad,

han aparecido fenómenos de ineficiencia y derroche seriamente preocupantes"."

La aparición de la ley de los rendimientos menos que proporcionales y, en general, el incumplimiento de la tarea que le corresponde a la administración en el impulso y orientación del desarrollo, exigió que el Estado, a través de los ailos, tomara providencias de racionalización del funcionamiento administrativo. La contemporaneidad del programa de gobierno que en 1861 expuso a la nación el ministerio de Juárez, derrotados ya los conservadores, tras tres años de guerra civil, lleva a la convicción de que el rezago administrativo no es achaque de la administración: "El Congreso no sólo ha aceptado, sino que ha completado y perfeccionado este pensamiento del gobierno, que puede llamarse la revolución en la administración, la reforma administrativa que viene a coronar la reforma política y social".'

La reforma administrativa en la Secretaría de Salud ha venido a dar respuesta a reformas de contenido político y social, históricos en su propio ámbito para evitar falsas expectativas. En palabras del presidente De la Madrid quedó dicho: "Hemos, pues, de combinar los compromisos políticos con los administrativos. De otra manera, haríamos demagogia".'

En este aspecto, conviene destacar otras expresiones del pensamiento presidencial:" "Si bien la administración es a la política lo que los medios a los fines, no debe olvidarse que por tratarse de lo social la selección de los medios es, en sí, una operación política... Si el Estado no sabe construir y desarrollar una administración pública eficaz está faltando a su propia responsabilidad. . . Postular simultáneamente la ideología sin darle la tecnología de apoyo, es traicionar la esencia real de la ideología.... El País necesita modernizarse para lograr la democratización integral. Los cambios a la organización, a métodos y procedimientos, así como a los usos administrativos, responden no sólo a un prurito cientificista o tecnocrático; responden más bien a imperativos de orden jurídico; a que el Estado sea más apto para cumplir su cometido de transformación permanente de la sociedad". A ello ha respondido la reforma administrativa y la creación de la Secretaría de Salud, rebasando eficientismo y superando demagogias.

El dinamismo de los reclamos populares y de los retos de la nación, así como la morbilidad implacable que en toda organización se asoma, casi indefectiblemente condenan a que la administración pierda el paso. Ese rezago administrativo del Estado, patología del Sísifo, requiere una terapia permanente que, para ser eficaz, precisa de ser orgánica y sistemática. Con ello se está hablando de la modernización y reformas de la administración pública.

Sin embargo, esa tarea es punto menos que imposible si no se le ubica en un proceso más ancho y de mayor alcance y profundidad: la modernización de la nación. Si la ineficiencia e ineficacia de la administración entorpece al desarrollo, también los rezagos del sistema social, de la economía en su conjunto, afectan desfavorablemente a la administración.

6 Discurso ante la Sociedad Mexicana de Licenciados en Administración. Distrito Federal, 30 de abril de 1982.

7 *Los Presidentes* de *México ante la Nación, 1321-1966.* H. Cámara de Diputados. México, 1966. Tomo V, p. 490.

8 Discurso ante la Sociedad Mexicana de Licenciados en Administración.

9 *Ibid.*

A este respecto conviene acudir al pensamiento de Miguel de la Madrid para delimitar el radio conceptual del término "modernización", que goza de generosa multivocidad en el mundo de la academia: "Tenemos que seguir haciendo un serio esfuerzo para modernizar a la sociedad mexicana; pero por modernización no entendemos simplemente la imitación de patrones de vida extranjeros. Entendemos la racionalización de la vida pública, la supeditación de la política de poder a la política de razón, la supeditación de la vida política al Estado de derecho y la realización en nuestra sociedad de la justicia y de **la libertad".**[10] **El desarrollo económico es** sólo instrumental para la modernización general r . . . transformar la sociedad para que se asegure a todo individuo, independientemente de su capacidad, la posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas y mejorar la calidad de la vida en lo económico, en lo social y en lo cultural".'!

Así, la modernización de la sociedad es un proceso integral que, siendo predominantemente político, lo es también económico, social, cultural y administrativo. En ese marco conceptual: "La modernización (administrativa) es entendida como un apoyo a la democratización; la modernización, entendida como el apoyo, en términos de eficacia, a los fines políticos".[12]

La reforma de la administración pública tiene en el ideario de Miguel de la Madrid una finalidad inmediata de carácter dual: el mejoramiento de la eficiencia y la democratización administrativa. Entre ambas finalidades hay estrecho vínculo, como el propio candidato de la revolución lo reconoció al decir que ". . . la eficiencia es un concepto ligado **a democracia. No están reñidos sino, al contrario, se complementan".**[13]

"No basta -ha definido De la Madrid- la convicción ideológica, no basta la emoción política para servir a México. Si no hay eficacia y eficiencia administrativa se peca de demagogia o se peca de ingenuidad"."

El rango político de la eficiencia fue señalado por Miguel de la Madrid desde que fungiera **como secretario de** Estado- **"La eficien**cia y la productividad son así herramientas realistas para hacer efectiva nuestra filosofía política. A ella están supeditadas. No tienen propósitos autónomos, sino que apoyan los valores que persigue la nación"," y como subsecretario del ramo de Hacienda: "Al conferírsele a los administradores públicos la responsabilidad de movilizar los recursos de la sociedad, ellos aceptan un compromiso para **actuar eficientemente..."**[16]

Reforzar la implantación de instrumentos para actuar con eficiencia, en el marco de los conceptos señalados, no puede identificarse con un propósito burocrático desprovisto de contenidos políticos, más aún al haberse cons-

10 De la Madrid, Miguel. *Pensamiento Político.* Partido Revolucionario Institucional. México, 1981. Tomo II, p. 199.

11 *Idem,* págs. 200 Y 201.

12 Discurso ante la Sociedad Mexicana de Licenciados en Administración. DistritoFederal, 30 de abril de 1982.

13 De la Madrid, Miguel. *Pensamiento Político.* Partido Revolucionario Institucional. México. Tomo III, p. 201.

14 Discurso de clausura de la Reunión Popular para la Planeación: *Modernización de la Adminutración Pública.* León. Guanajuato, 17 de marzo de 1982.

15 Discurso pronunciado en la Reunión de la Comisión Consultiva de Empleo y Productividad. Distrito Federal, 13 de enero de 1981.

16 Ponencia presentada en el Seminario Intemacionalsobre el Estado y las Empresas Públicas. Distrito Federal. 7 de septiembre de 1977.

tituido la Secretaría de Salud como la comisaría de un derecho social.

MODERNIZACION DE LA ADMINISTRACION DE LA SALUD

En ese marco ideológico y conceptual de la administración pública y su reforma, tuvieron fundamento los esfuerzos para superar los cuatro rezagos antes señalados.

Descoordinación, centralización, desigualdad y problemas administrativos: es decir, ineficiencia; factores de lastre a esfuerzos continuados por diversos gobiernos y contundentes impedimentos de la racionalización en el aprovechamiento de recursos de la nación y en la ampliación de servicios para dar efectividad a la nueva garantía social.

A estos problemas reconocidos se interpone, además de la acción legislativa, un programa para abatir esas circunstancias y, simultáneamente, madurar un Sistema Nacional de Salud. A la descoordinación, las estrategias de coordinación sectorial e intersectorial; a la disolución de la concurrencia en materia de salubridad general, el proyecto de descentralización; a las desigualdades e inequidades entre instituciones y regiones, la rectoría de la Secretaría de Salud en el sector administrativo y funcional o programático, la descentralización y la participación de las comunidades en los servicios de salud y en su autocuidado; a los problemas administrativos, un programa de reforma administrativa de la Secretaría de Salud.

Alcanzar resultados para hacer plausible y cotidiano para la ciudadanía el ejercicio del derecho a la salud, requiere no solamente de reformas orgánicas y jurídicas, sino de esfuerzos programados y sistemáticos que se beneficien de técnicas administrativas modernas, como es la planeación, la programación, la evaluación, la supervisión; funciones que adopta la Secretaría de Salud rebasando la esfera institucional y aun el ámbito sectorial para involucrar, en una acción política y administrativa permanente, a otros sectores de gobierno y de la sociedad, así como a otras esferas de gobierno.

De ahí el que la adopción de este elevado compromiso de coordinación se aprecie en una doble dinámica: en primer término, en una transformación interna para la elevación de la calidad, procedimientos administrativos y, simultáneamente, en la instalación de mecanismos ágiles e idóneos para enfrentar el nuevo papel que corresponde a una secretaría de Estado y, por tanto, al reforzamiento de su calidad como autoridad sanitaria.

De lo anterior resulta que la Secretaría de Salud ha encontrado la orientación que requería su renovación en conceptos, propósitos, convicciones y acciones del más amplio espectro político, social y jurídico del pensamiento presidencial, que encauzan una labor cotidiana para adelantar, aun en tiempos de crisis, en la consecución del proyecto nacional.

La ideología del presidente De la Madrid dio pauta y demostración de la fuerza y valor de la convicción, al dispensar a la salud un esfuerzo de renovación orientado a reconstruir la responsabilidad pública sobre el cuidado de la salud en su dimensión más acabada, democrática y vigente, apegándose a los reclamos populares que son compromisos de gobierno.

La modernización administrativa en el pensamiento presidencial y la Secretaría de Salud

lOSE FRANCISCO RUIZ MASSIEU

La salud ha sido, en la administración del presidente Miguel de la Madrid, ámbito predilecto al que le ha dispensado su atención y apoyo dentro de la política de desarrollo social tendiente a acceder, progresivamente, a una sociedad igualitaria y a la democratización integral como elementos indiscutibles de una estrategia de estrechamiento de las acciones de gobierno con el proyecto nacional definido por el Constituyente de Querétaro.

"Para mí -dijo el presidente Miguel de la Madrid- modernizar es consustancial a democratizar".' A partir de este concepto de esencia política, se desenvuelve un proceso de modernización administrativa de la ahora Secretaría de Salud, modificando esquemas y fórmulas tradicionales que en el campo de la salud impedían la obtención de resultados eficaces a demandas efectivas de la sociedad, especialmente de grupos económica y socialmente rezagados.

MODERNIZACION, DESARROLLO Y SALUD

En el curso de su campaña presidencial, De la Madrid también expresó que "modernización y desarrollo se usan a veces como conceptos análogos y se dice que la modernización -o bien el desarrollo- es un fenómeno en virtud del cual se somete la conducta humana a la razón y a la inteligencia".' A la razón y a la inteligencia sumó el presidente De la Madrid la convicción, la firmeza y la decisión efectiva de transformar la administración pública de la salud en México.

Puntal indiscutible de este proceso fue la iniciativa por la que se eleva a rango consti-

Discurso ante los integrantes de la Sociedad Mexicana de Líeeneiedce **en Administración.**

[2] **Reunión con profesionales de Durango.**

tucional el derecho a la protección de la salud. El por qué de esta acción trascendental se explica en una idea clara de este tipo de garantías: "La concepción de los derechos sociales, que surgió de la revolución mexicana, fue y es la base de toda Una filosofía del desarrollo nacional. Esta filosofía se ha traducido en un orden jurídico que mucho ha influido en el cambio de estructuras económicas y sociales", lo que expresa el propósito práctico de la reforma, a lo cual se agrega: "Mucho es lo que nos falta para tener una sociedad justa. Hemos ampliado la libertad formal y material de grandes grupos de mexicanos; pero, también, hay grandes grupos rezagados que, al desvirtuar el valor de la igualdad, relativizan la libertad, la justicia y la seguridad, valores clásicos del derecho; impidiendo, asimismo, una mayor profundización en el proceso constructivo de la democracia mexicana";' Queda así expresado el contenido político, social e histórico de un nuevo elemento: el derecho a la salud, que enriquece el contenido del proyecto nacional al instalarse el propósito en el instrumento que conforma, delimita y orienta el propio proyecto.

Esta reforma es expresión indubitable de un ánimo liberal y progresista. Juárez seculariza la caridad transformándola en asistencia; el Constituyente de 1917 la institucionaliza en la mayor jerarquía constitucional y administrativa, al establecer el Departamento de Salubridad que los gobiernos de la revolución fusionan con la Secretaría de Asistencia; y el presidente Miguel de la Madrid da el paso de transformar concepto y órgano, es decir, fin y medio, al hacer de la asistencia un derecho constitucional, social y programático para acceder a servicios de salud y al transformar la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la Secretaría de Salud. Conviene a este respecto formular algunas precisiones de índole histórica, toda vez que la modernización administrativa de la Secretaría de Salud, si bien responde a propósitos democratizadores, también constituye una reacción a un proceso evolutivo que mostraba carencias y rezagos aún no plenamente superados a pesar de anteriores esfuerzos.

En el siglo XIX, el ánimo liberal de la nación impidió que el Estado identificara con plenitud una cabal responsabilidad compartida con la sociedad y el individuo en la salud del pueblo, situación que se vio desfavorablemente acentuada por preocupaciones de estabilidad política en un periodo y, posteriormente, por haberse considerado que el desarrollo económico acarrearía derramas para el beneficio de la sociedad entera, lo cual no ocurrió.

La tutela de los derechos individuales y la conformación de un gobierno que unificara la nación, hacían entonces difícilmente previsible la asunción de responsabilidades gubernamentales de prestación de servicios a la sociedad en proporciones hasta entonces designadas por la administración pública. Baste señalar la crisis administrativa y financiera por la que atravesó la presidencia de Juárez, y la contraproducente política financiera limantouriana de la dictadura porfirista.

Apenas alcanzó a preocupar, con énfasis identificable en el siglo pasado, el problema

3 Reunión Nacional de Consulta Popular para la Planeación: *Justicia Igualitaria.*

de sanidad en puertos y fronteras, siendo hasta 1894 que se expidió el primer Código Sanitario, enfocado fundamentalmente a los sitios de tránsito de personas y mercancías, y careciendo de una concepción universal de atención a la salud del individuo y las comunidades.

El espasmo social y político del porfiriato se traduce en el sacudimiento revolucionario que alcanza a plasmar un proyecto nacional en la Constitución de Querétaro, misma que recoge como facultad del Congreso de la República, la atribución de legislar en materia de salubridad general y define la existencia de un Departamento de Salubridad, además de precisar las funciones del Consejo de Salubridad General.

Para sumar esfuerzos en favor de la salud, en 1934 se expide la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, previendo la celebración de convenios entre el citado departamento administrativo de rango constitucional y los gobiernos de los estados para crear órganos regionales de competencia coordinada y concurrente.

Es hasta el año de 1937 que se crea la Secretaría de Asistencia para, en 1943, fusionarse con el Departamento de Salubridad, constituyendo la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

A esta secretaría de Estado, a través de la Ley de Secretarías y Departamentos de 1947, le son asignadas facultades para organizar, administrar y controlar la prestación de servicios de salud, así como la asistencia y beneficencia públicas.

Respuesta a un fenómeno generalizado de descoordinación en la administración pública en 1977, se disponen fórmulas y mecanis**mos para constituir sectores administrativos** bajo la conducción de las secretarías de Estado y departamentos administrativos, agrupándose en consecuencia diversas entidades paraestatales bajo la coordinación y control de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Sin embargo, como lo señala el presidente De la Madrid en su mensaje al Congreso de la Unión, proponiendo la adición al artículo 40. de la Carta Política: "La descoordinación de las distintas dependencias y entidades públicas dedicadas a la salud ha dado lugar a duplicidades, dispendio de esfuerzos, derroche de recursos y pérdida de tiempo, siempre en perjuicio de México y su población. Para solucionar esto se han intentado durante decenios fórmulas de diversa índole sin éxito real".

A la descoordinación se suman tres características estructurales de los servicios de salud, agregándose los elementos del reto de transformar la administración de la salud a través de la constitución y consolidación de un Sistema Nacional de Salud. Estos tres ingredientes son la centralización, la desigualdad y los problemas administrativos. En la propia iniciativa de reforma constitucional, el presidente De la Madrid expresa "El propósito de revertir el proceso centralizador que desde principios del siglo se iniciara en materia de salud y que ha conducido a que la federación tome responsabilidades que recaen en las jurisdicciones local y municipal..." a lo cual agrega: "El Código Sanitario ha desvirtuado el ámbito de la salubridad general que concibió el Constituyente de Querétaro y... se ha acabado recientemente con el carácter concurrente de la materia sanitaria".

En cuanto a la desigualdad, en el mismo texto indica: "... se aprecia una dolorosa discriminación en el campo de la salud: la calidad de los servicios varía radícalmente de una institución a otra y de una región a otra". No obstante los esfuerzos logrados en poco más de 60 años de gobiernos revolucionarios, señala el presidente De la Madrid con precisióm "A menudo se antoja que los empeños y afanes no han alcanzado los frutos esperados, quedando aún muchos compatriotas sin recibir los mínimos de atención a la salud, básicamente por problemas de organización y administración". Quedan planteados los retos de la transformación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la ahora Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, encargadas ciertamente de proteger, restaurar y mejorar la salud de los mexicanos, difieren en cuanto al alcance de esa responsabilidad y al modo de hacerla efectiva; difieren en cuanto a la concepción y medíos. No se trata únicamente de un nuevo nombre para una vieja dependencia; se trata del arribo a la fase final -la terminológica- de un largo y arduo proceso tendiente a recrear una secretaría de Estado. Un nuevo nombre y una nueva dependencia.

La Secretaría de Salud, a partir de los aciertos y limitaciones de la extinta Secretaría de Salubridad y Asistencia, se acomoda a la función original que nuestro derecho administrativo señala a las secretarías de despacho y que se ha ido deslavando en algunos ramos de la acción gubernativa: es instancia de autoridad y no aparato de prestación de servicios a la ciudadanía. Nuestro derecho administrativo y así se recoge en el nuevo modelo orgánico-funcional de la Secretaría de Salud, dispone que los servicios a los ciudadanos deben prestarse por las entidades federativas (estados y Distrito Federal) y por organismos públicos descentralizados.

Para lo anterior, el presidente De la Madrid díspuso diversas iniciativas para reformar el Código Sanitario de 1973, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y la Ley General de Salud, que además de explicitar el rango social de la salud, coloca las bases de la descentralización y articula la acción pública en ese campo. Además, esa ley es la piedra de toque de la modernización de la legislación sanitaria. Quedan así fijadas, en un método y proceso que corresponde y es propio a los Estados de derecho, las bases legales de la reforma administrativa de la Secretaría de Salud.

El proceso de formación de la nueva secretaría ha respondido a una nueva concepción de la salud: la salud, ciertamente, tiene una dímensión psicobiológica, pero la tiene también social, económica y política: la salud es un valor psicobiológico, pero también un valor social, económico y político.

La salud es indicador elocuente de democracia, al extremo de que para conocer qué tan igualitaria es una sociedad, bastaría con revisar los principales indicadores de salud.

ADMINISTRACION PUBLICA YSUREFORMA

Miguel de la Madrid aporta un concepto político tanto de la administración pública como de los procesos tendientes a su reforma. Lo

primero lo hace al señalar que la administración pública posee el carácter instrumental propio del poder público, que deriva del principio de la soberanía del pueblo: "La soberanía popular, dentro de la corriente doctrinal en que se inspira el constitucionalismo mexicano, siempre es una potestad inseparable de la nación; nunca puede convertirse en atributo de la comunidad, en cualidad del orden jurídico y, menos aún, en objetivo de las funciones gubernamentales".'

Si el Estado no es soberano, puesto que ese atributo corresponde indelegablemente al pueblo, luego, la persona estatal no tiene función per-se, sino que tiene por vocación contribuir a la prosperidad y desenvolvimiento del pueblo, quien le fijó sus responsabilidades en la Constitución. Una nueva responsabilidad del Estado es, por consiguiente, dar cumplimiento progresivo y efectivo al derecho a la protección de la salud.

En esa medida, la administración pública, porción del poder ejecutivo, es un aparato político custodio, garante e impulsor de los valores políticos superiores de la sociedad: "... el Estado contemporáneo se ha desarrollado, fundamentalmente, a través de la administración. Se han rebasado las ideas tradicionales de las funciones del Estado y hablar de administración pública es hablar de los más amplios contenidos de fenómeno político. La administración pública forma parte esencial del sistema y del proceso político".s

4 "La soberanía popular en el constitucionalismo mexicano y las ideas de Rousseeu" en *Estudios de Derecho Constitucional*, Porrúa. México, 1980, p. 166.

5 Díaeurso de clausura de la Reunión Popular para la Planeación: *Modernización de la Administración Pública*. León. Guanajuato. 17 de marzo de 1982.

En consecuencia, la administración pública debe actuar como un instrumento de desarrollo económico nacionalista e independiente, además de contribuir al advenimiento de una sociedad igualitaria e impulsar el proceso de democratización integral. Por ello, la administración no es un complejo de operaciones administrativas formalistas ni territorio de hombres sin compromiso político ni conjunto de recursos disponibles para todo proyecto ideológico. La administración no es un espacio sustraido del quehacer político; es, precisamente, un espacio político que no puede conducirse mecánicamente conforme a técnicas de gestión supuestamente neutras. La reforma constitucional propuesta por el presidente De la Madrid deja apostada a los servicios de salud en garante ideológico de la revolución: en tratándose de la salud de individuos, familias y comunidades no hay lugar a servicios entendidos como dádivas; hay sí, ejercicio de un derecho social a la equidad en materia de salud y una obligación correlativa del Estado para procurar su cabal cumplimiento. El eje de esta acción no puede ser otro que la Secretaría de Salud, a través del Sistema Nacional de Salud, quien vio la expansión de recursos, de su organización, de su personal, de sus facultades y de sus instrumentos y responsabilidades. Esa expansión le generó problemas de eficiencia y de eficacia, como Miguel de la Madrid ha reconocido en repetidas instancias: "México ha visto ampliada su administración pública conforme han crecido las responsabilidades del Estado. La expansión de las tareas estatales, el crecimiento correspondiente de las tareas administrativas y de los recursos que se le asignan, han sido en nuestro país un proceso tan acelerado que, en ciertos sectores de actividad,

han aparecido fenómenos de ineficiencia y derroche seriamente preocupantes"."

La aparición de la ley de los rendimientos menos que proporcionales y, en general, el incumplimiento de la tarea que le corresponde a la administración en el impulso y orientación del desarrollo, exigió que el Estado, a través de los ailos, tomara providencias de racionalización del funcionamiento administrativo. La contemporaneidad del programa de gobierno que en 1861 expuso a la nación el ministerio de Juárez, derrotados ya los conservadores, tras tres años de guerra civil, lleva a la convicción de que el rezago administrativo no es achaque de la administración: "El Congreso no sólo ha aceptado, sino que ha completado y perfeccionado este pensamiento del gobierno, que puede llamarse la revolución en la administración, la reforma administrativa que viene a coronar la reforma política y social".'

La reforma administrativa en la Secretaría de Salud ha venido a dar respuesta a reformas de contenido político y social, históricos en su propio ámbito para evitar falsas expectativas. En palabras del presidente De la Madrid quedó dicho: "Hemos, pues, de combinar los compromisos políticos con los administrativos. De otra manera, haríamos demagogia".'

En este aspecto, conviene destacar otras expresiones del pensamiento presidencial:" "Si bien la administración es a la política lo que los medios a los fines, no debe olvidarse que por tratarse de lo social la selección de los medios es, en sí, una operación política... Si el Estado no sabe construir y desarrollar una administración pública eficaz está faltando a su propia responsabilidad. . . Postular simultáneamente la ideología sin darle la tecnología de apoyo, es traicionar la esencia real de la ideología.... El País necesita modernizarse para lograr la democratización integral. Los cambios a la organización, a métodos y procedimientos, así como a los usos administrativos, responden no sólo a un prurito cientificista o tecnocrático; responden más bien a imperativos de orden jurídico; a que el Estado sea más apto para cumplir su cometido de transformación permanente de la sociedad". A ello ha respondido la reforma administrativa y la creación de la Secretaría de Salud, rebasando eficientismo y superando demagogias.

El dinamismo de los reclamos populares y de los retos de la nación, así como la morbilidad implacable que en toda organización se asoma, casi indefectiblemente condenan a que la administración pierda el paso. Ese rezago administrativo del Estado, patología del Sísifo, requiere una terapia permanente que, para ser eficaz, precisa de ser orgánica y sistemática. Con ello se está hablando de la modernización y reformas de la administración pública.

Sin embargo, esa tarea es punto menos que imposible si no se le ubica en un proceso más ancho y de mayor alcance y profundidad: la modernización de la nación. Si la ineficiencia e ineficacia de la administración entorpece al desarrollo, también los rezagos del sistema social, de la economía en su conjunto, afectan desfavorablemente a la administración.

6 Discurso ante la Sociedad Mexicana de Licenciados en Administración. Distrito Federal, 30 de abril de 1982.

7 *Los Presidentes* de *México ante la Nación, 1321-1966.* H. Cámara de Diputados. México, 1966. Tomo V, p. 490.

8 Discurso ante la Sociedad Mexicana de Licenciados en Administración.

9 *Ibid.*

A este respecto conviene acudir al pensamiento de Miguel de la Madrid para delimitar el radio conceptual del término "modernización", que goza de generosa multivocidad en el mundo de la academia: "Tenemos que seguir haciendo un serio esfuerzo para modernizar a la sociedad mexicana; pero por modernización no entendemos simplemente la imitación de patrones de vida extranjeros. Entendemos la racionalización de la vida pública, la supeditación de la política de poder a la política de razón, la supeditación de la vida política al Estado de derecho y la realización en nuestra sociedad de la justicia y de **la libertad".**[10] **El desarrollo económico es** sólo instrumental para la modernización general r . . . transformar la sociedad para que se asegure a todo individuo, independientemente de su capacidad, la posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas y mejorar la calidad de la vida en lo económico, en lo social y en lo cultural".'!

Así, la modernización de la sociedad es un proceso integral que, siendo predominantemente político, lo es también económico, social, cultural y administrativo. En ese marco conceptual: "La modernización (administrativa) es entendida como un apoyo a la democratización; la modernización, entendida como el apoyo, en términos de eficacia, a los fines políticos".[12]

La reforma de la administración pública tiene en el ideario de Miguel de la Madrid una finalidad inmediata de carácter dual: el mejoramiento de la eficiencia y la democratización administrativa. Entre ambas finalidades hay estrecho vínculo, como el propio candidato de la revolución lo reconoció al decir que ". . . la eficiencia es un concepto ligado **a democracia. No están reñidos sino, al contrario, se complementan".**[13]

"No basta -ha definido De la Madrid- la convicción ideológica, no basta la emoción política para servir a México. Si no hay eficacia y eficiencia administrativa se peca de demagogia o se peca de ingenuidad"."

El rango político de la eficiencia fue señalado por Miguel de la Madrid desde que fungiera **como secretario de** Estado- **"La eficien**cia y la productividad son así herramientas realistas para hacer efectiva nuestra filosofía política. A ella están supeditadas. No tienen propósitos autónomos, sino que apoyan los valores que persigue la nación"," y como subsecretario del ramo de Hacienda: "Al conferírsele a los administradores públicos la responsabilidad de movilizar los recursos de la sociedad, ellos aceptan un compromiso para **actuar eficientemente..."**[16]

Reforzar la implantación de instrumentos para actuar con eficiencia, en el marco de los conceptos señalados, no puede identificarse con un propósito burocrático desprovisto de contenidos políticos, más aún al haberse cons-

10 De la Madrid, Miguel. *Pensamiento Político.* Partido Revolucionario Institucional. México, 1981. Tomo II, p. 199.

11 *Idem,* págs. 200 Y 201.

12 Discurso ante la Sociedad Mexicana de Licenciados en Administración. DistritoFederal, 30 de abril de 1982.

13 De la Madrid, Miguel. *Pensamiento Político.* Partido Revolucionario Institucional. México. Tomo III, p. 201.

14 Discurso de clausura de la Reunión Popular para la Planeación: *Modernización de la Adminutración Pública.* León. Guanajuato, 17 de marzo de 1982.

15 Discurso pronunciado en la Reunión de la Comisión Consultiva de Empleo y Productividad. Distrito Federal, 13 de enero de 1981.

16 Ponencia presentada en el Seminario Intemacionalsobre el Estado y las Empresas Públicas. Distrito Federal. 7 de septiembre de 1977.

tituido la Secretaría de Salud como la comisaría de un derecho social.

MODERNIZACION DE LA ADMINISTRACION DE LA SALUD

En ese marco ideológico y conceptual de la administración pública y su reforma, tuvieron fundamento los esfuerzos para superar los cuatro rezagos antes señalados.

Descoordinación, centralización, desigualdad y problemas administrativos: es decir, ineficiencia; factores de lastre a esfuerzos continuados por diversos gobiernos y contundentes impedimentos de la racionalización en el aprovechamiento de recursos de la nación y en la ampliación de servicios para dar efectividad a la nueva garantía social.

A estos problemas reconocidos se interpone, además de la acción legislativa, un programa para abatir esas circunstancias y, simultáneamente, madurar un Sistema Nacional de Salud. A la descoordinación, las estrategias de coordinación sectorial e intersectorial; a la disolución de la concurrencia en materia de salubridad general, el proyecto de descentralización; a las desigualdades e inequidades entre instituciones y regiones, la rectoría de la Secretaría de Salud en el sector administrativo y funcional o programático, la descentralización y la participación de las comunidades en los servicios de salud y en su autocuidado; a los problemas administrativos, un programa de reforma administrativa de la Secretaría de Salud.

Alcanzar resultados para hacer plausible y cotidiano para la ciudadanía el ejercicio del derecho a la salud, requiere no solamente de reformas orgánicas y jurídicas, sino de esfuerzos programados y sistemáticos que se beneficien de técnicas administrativas modernas, como es la planeación, la programación, la evaluación, la supervisión; funciones que adopta la Secretaría de Salud rebasando la esfera institucional y aun el ámbito sectorial para involucrar, en una acción política y administrativa permanente, a otros sectores de gobierno y de la sociedad, así como a otras esferas de gobierno.

De ahí el que la adopción de este elevado compromiso de coordinación se aprecie en una doble dinámica: en primer término, en una transformación interna para la elevación de la calidad, procedimientos administrativos y, simultáneamente, en la instalación de mecanismos ágiles e idóneos para enfrentar el nuevo papel que corresponde a una secretaría de Estado y, por tanto, al reforzamiento de su calidad como autoridad sanitaria.

De lo anterior resulta que la Secretaría de Salud ha encontrado la orientación que requería su renovación en conceptos, propósitos, convicciones y acciones del más amplio espectro político, social y jurídico del pensamiento presidencial, que encauzan una labor cotidiana para adelantar, aun en tiempos de crisis, en la consecución del proyecto nacional.

La ideología del presidente De la Madrid dio pauta y demostración de la fuerza y valor de la convicción, al dispensar a la salud un esfuerzo de renovación orientado a reconstruir la responsabilidad pública sobre el cuidado de la salud en su dimensión más acabada, democrática y vigente, apegándose a los reclamos populares que son compromisos de gobierno.

La rectoría del Estado y la Política Nacional de Salud

ROBERTO ORTEGA LOMELIN

1. EVOLUCION DEL CONCEPTO DE SALUD Y DE LA FUNCION DEL ESTADO EN SALUD

La evolución del concepto de salud, su significado social, su vinculación con las políticas de desarrollo, así como la dinámica institucional de los servicios de salud, han estado determinados por la concepción que el Estado mexicano ha adoptado sobre el desarrollo y su conducción. El concepto de salud ha transitado de las funciones inicialmente identificadas de atención médica curativa, a cargo de instituciones asistenciales de caridad, al concepto de salud pública o de salubridad, con orientación al cuidado de las colectividades, a un concepto de salud integral, que la contempla como un valor social y no sólo como una condición biológica y psicológica. Así, a la salud se le ubica en su justa dimensión como causa y efecto del desarrollo.

Esta evolución de la concepción de la salud ha correspondido a la transformación de la naturaleza y fines del Estado mexicano, de su tránsito de un Estado de derecho a un Estado social de derecho. En éste, el Estado se constituye en el rector del desarrollo económico y social de la nación y, en consecuencia, adquiere responsabilidades para proveer a la población de las condiciones que permitan el cabal desenvolvimiento del hombre.

La transición del Estado liberal al Estado social de derecho implica la transformación de los fines que tutela y protege el Estado, pasando del individualismo personal y liberalismo económico a la concepción de los derechos sociales del hombre y la asunción del papel del Estado como promotor y rector del desarrollo económico y social.

A partir de 1917, el constitucionalísmo mexicano rompe con los lineamientos clásicos del constitucionalísmo moderno. Los de-

rechos sociales contenidos en la Constitución misma revitalizan la ley máxima y el sistema jurídico, ofreciendo al poder público un nuevo ámbito de actuación.

Por una técnica constitucional propia de México, la Constitución no contiene en sí definiciones y, en el caso preciso de la salud, ésta no fue la excepción.

México optó por seguir de una manera doctrinal el concepto vertido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, suscrita en Nueva York el 22 de julio de 1946, en donde se expresa que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".'

Es así como el concepto antes aludido ha sido mencionado en la exposición de motivos que el titular del poder ejecutivo federal elevó al Congreso de la Unión, con el fin de articular el derecho a la protección de la salud.? Es así, también, como se llega a la conclusión de que "la salud no es un valor biológico, sino que es un bien social y cultural que el Estado no puede proteger ni acrecentar ni restaurar sin la participación de la sociedad y del hombre en lo particular".'

A grandes rasgos, la aparición de elementos para una política nacional de salud se remonta a 1820, año en que se otorgan facultades al Ayuntamiento de la Ciudad de México para combatir la insalubridad en los poblados y desarrollar el saneamiento básico, limpia de calles, disposición de basuras, construcción de excretas y control de expendios de alimentos. Durante todo el siglo XIX la materia sanitaria quedó reservada al ámbito local.'

Con la Constitución de 1917. el Estado asume un papel destacado en materia de salud y funda lo que podría denominarse salubridad nacional, por conducto de la creación de dos organismos federales con faculta. des ejecutivas para emitir disposiciones obligatorias en todo el país: el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad.

En el orden constitucional, los problemas de la salud han recibido diversos tratamíentos a través de reformas y adiciones, hasta desembocar en varios preceptos que, si bien no abordan de manera directa el problema de la salud, sí inciden en él.

La Ley General de Salud determinó un reparto descentralizador de competencias sanitarias de particular trascendencia, que revierte una tendencia altamente centralizadora que experimentó el país en esta materia. Los cinco Códigos Sanitarios Federales expedidos a partir de 1917, fueron tomando crecientemente contenidos que históricamente habían recaído en la jurisdicción local. Los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, creados a partir de 1934, dejaron de ser órganos de competencia recurrente, para transformarse en verdaderas agencias federales; las aportaciones financieras de los gobiernos locales decrecieron

1 Dfas, Luis Miguel. *Instrumentos administrativos fundamentales* de *organizaciones internacionales.* México. UNAM.1980.

2 Exposición de motivos correspondiente a la iniciativa de adición al artículo 4o. de la Constitución.

3 Exposición de mctisoe de la Ley General de Salud.

4 Véase el Decreto Constitucional para la Libertad de la América Mexicana del 22 de octubre de 1814; Constitucienes d. 1824, 1836 y 1856; B.... Orgáni... d. 1842, Y la iniciativa para adicionar la fracción XXI del artículo 72 constitucional de noviembre de 1908.

persistentemente; los servidores públicos locales se convirtieron en federales, y la legislación sanitaria local se rezagó y, prácticamente, dejó de aplicarse.

La seguridad social puede ser considerada como una de las materias con las que principia lo que ahora se conoce como derecho a la protección de la salud, toda vez que como una de las ramas de la misma se destaca la prestación de los servicios de salud para los trabajadores.

La Constitución mexicana contempla el régimen de la seguridad social en el artículo 123 apartado A, fracciones XIV, XV Y XXIX, relativo a la población laboral; el apartado B, fracción XI, que se refiere a los trabajadores al servicio del Estado (adición constitucional de 1960), y la fracción XIII sirve de base constitucional para la creación, en 1976, del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

En muchas ocasiones, la materia sanitaria y, en especial, el derecho a la protección de la salud han sido identificados con la seguridad social. Esto no es exacto, puesto que mientras la seguridad social tiende a proteger a la población laboral, el derecho a la protección de la salud pretende llegar a todos los individuos dentro del marco de las garantías sociales.

Es preciso señalar que el seguro social fue consagrado en México en el año 1929, pasando 13 años sin reglamentación alguna, puesto que la primera ley reglamentaria, Ley del Seguro Social, que articuló dicha garantía social, fue expedida el 31 de diciembre de 1942.

La actual Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial del 12 de marzo de 1973, establece que el Instituto Mexicano del Seguro Social podrá proporcionar servicios sociales de beneficio colectivo, entre los cuales se encuentran los servicios de solidaridad social.

Por lo que se refiere a las prestaciones a los trabajadores al servicio del Estado, su evolución puede caracterizarse, convencionalmente, en tres grandes etapas:

1. La primera se puede ubicar a partir de la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro de 1925 y hasta 1959 cuando se expide la Ley que crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En este periodo se establecen y desarrollan tres prestaciones de carácter económico; aunque en forma muy limitada, se incorporan prestaciones en especie y de carácter social, por lo que se estructura así un incipiente sistema de protección para los servidores del Estado.
2. La segunda etapa puede ubicarse a partir de la adición al apartado B del artículo 123 constitucional, que contiene las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado, hasta 1983, año último de vigencia de la primera ley del Instituto.
   De acuerdo con esta reforma, se expidió en 1959 la Ley del ISSSTE y se amplían considerablemente las prestaciones, fundamentalmente en especie, de protección a la salud, al salario y de orden social.

3. La tercera etapa inicia con la expedición de la nueva Ley del ISSSTE, que responde a una concepción integral de la seguridad social y se basa en el concepto de solidaridad social, ya que, como lo señala la exposición de motivos del presidente Miguel de la Madrid, "se busca que los servidores públicos gocen por igual de ciertas prestaciones en especie, sin distingos de nivel salarial o de antigüedad. En aquellos **servicios que tienen como referencia** el salario, se definen prioridades, topes y límites que permiten mitigar las disparidades, buscando igualar las seguridades básicas en beneficio de los derechohabientes de menores ingresos".

Por lo que se refiere a la asistencia social, en 1980 se adicionó la Constitución en su artículo 40., para establecer la obligación de los padres en el sentido de preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. "La ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas". (Párrafo quinto).

La asistencia social es recogida por primera vez por la legislación sanitaria. La Ley General de Salud, en la que se reconoce la importancia estratégica de la asistencia social, se señala como una de las finalidades básicas del Sistema Nacional de Salud.

Es por ello que la propia ley reglamenta el párrafo quinto del Artículo Cuarto constitucional.

En la Ley General de Salud se señala que, atendiendo a la naturaleza de los servicios de salud, éstos se clasifican como sigue: de atención médica, de salud pública y de asistencia social; y contiene el lineamiento de que se extiendan cuantitativa y cualitativamente esos servicios en beneficio de los grupos vulnerables. De esta manera, el concepto de salud jurídicamente consignado adquiere su carácter integral.

2. LA POLITICA NACIONAL DE SALUD Y SU VINCULACION CON LA POLITICA NACIONAL DE DESARROLLO

No es sino hasta la adición realizada al artículo 40. de la Constitución de 1917 vigente, publicada en el Diario Oficial del 3 de febrero de 1983, que se incluye el derecho a la protección de la salud, que a la letra menciona: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta **Constitución**".

Del artículo anterior podemos derivar los siguientes principios:

I. Se consagra un derecho social que sobresale del concepto de las garantías individuales, además que no se deja al arbitrio de la autonomía de la voluntad, teniendo el titular el derecho a disponer libremente de él y teniendo el Estado la obligación de hacerlo realidad, ya en forma directa, ya en coordinación con el sector público o concer-

tadamente con los sectores social y privado.

2. El derecho a la protección de la salud encierra un principio integral en su cobertura, haciéndose universal y protegiendo a todo ser humano por el mero hecho de serlo, sin necesidad de otro requisito.
3. Se trata del derecho a la protección de la salud y no de la simple expresión derecho a la salud, la cual es utópica e inaplicable, toda vez que en este caso no habría un posible obligado a otorgar la prestación de la salud *per* se.
4. La parte central de la garantía consiste en el acceso a los servicios de salud, los cuales son prestados tanto por el Estado como por las organizaciones particulares dentro del ámbito de la sociedad civil, bajo la dirección del poder público.
5. Se alcanza la concurrencia de la federación y las entidades federativas, logrando que se descentralice la operación de los rubros de la salubridad general a estas últimas. Con esto se logra regresar al esquema sanitario original, que nace como una materia típica municipal, tratando de dar soluciones a los problemas sanitarios en el mismo lugar donde se originan. Así, tenemos que con esta visión federalista y descentralizadora se abre en México una nueva perspectiva en cuanto a los servicios de salud, imponiéndoseles nuevas pautas que fortalecerán tanto la materia sanitaria como el pacto federal.
6. Finalmente, no está por demás mencionar que la articulación de materias y su desglose se hace con plenitud en la ley reglamentaria del propio artículo que es la Ley General de Salud.

En otro sentido, es a partir de la consagración del derecho a la protección de la salud que los anteriores principios fueron incorporados al régimen constitucional mexicano, siendo éste el momento histórico en que el Estado asume cabalmente la rectoría de la política de salud, y su función de coordinador y proveedor de los servicios para la prevención, fomento y recuperación de la misma.

Al asumir el Estado la tarea de consagrar como garantía social el derecho a la protección de la salud, lo hace con la concurrencia de los esfuerzos de toda la sociedad para instrumentar la política nacional de salud, cuyas bases fundamentales son las siguientes:

A. Distribuir responsabilidades y recursos entre los tres niveles de gobierno, para dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.
B. Integrar y consolidar el Sistema Nacional de Salud como el instrumento idóneo para coordinar y articular programas, **ordenar recursos y racionalizar** los servicios de salud, a fin de posibilitar el acceso a todos los mexicanos a servicios básicos de calidad homogénea.
C. Consolidar a la Secretaría de Salud como entidad rectora para la conducción y coordinación del sector salud y del Sistema Nacional de Salud.
D. Concebir a la salud en su dimensión integral y, dentro de su ubicación en

la política social, vincularla explícitamente con los instrumentos de política de otros sectores-afines.

Así, la política nacional de salud no sólo es propósito para que, en el contexto del proyecto de sociedad igualitaria, todos los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud, es, además, voluntad orientadora de las principales vías por las que transitará el cambio estructural en salud para la consecución de dicho propósito.

La instrumentación del derecho a la protección de la salud se ha realizado a través de dos vertientes básicas: la vía jurídica reglamentaria y la vía jurídica programática.

La Vía Jurídica Reglamentaria

Para lograr el efectivo ejercicio del derecho a la protección de la salud, un sinnúmero de reformas legales fue necesario para configurar un sólido marco jurídico. La más importante fue la expedición de la Ley General de Salud, que entró en vigencia ello. de julio de 1984, la cual vino a regular de manera general los diferentes aspectos del vasto campo de la salud, permitiendo contar con las bases y modalidades para el goce de ese derecho.

La Ley General de Salud, en cumplimiento del mandato constitucional, instrumenta un esquema de distribución de competencias entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, en el que se prevé también la participación de los municipios en los términos que convengan con los respectivos gobiernos estatales.

Para estar en condiciones de distribuir competencias entre los niveles de gobierno, las Constituciones locales han sido reformadas y los gobiernos de las entidades han expedido sus respectivas leyes estatales de salud, con la finalidad de precisar la facultad concurrente de cada estado en materia de salubridad general y establecer la salubridad local de la entidad, en la que participarán los municipios como lo prevé la Ley General de Salud. Además, las leyes estatales de salud tienden al establecimiento e instrumentación de sus propios sistemas estatales de salud.

La propia carta constitucional ha introducido un nuevo elemento consensual en la distribución de competencias entre federación, estados y municipios, al señalar el artículo 115 constitucional que:

"La federación y los estados en los términos de la ley, podrán convenir la asunción por parte de éstos del ejercicio y de sus funciones, la ejecución y operación de obras y la prestación de servicios públicos, cuando el desarrollo económico y social lo haga neo cesario.

Los estados estarán facultados para celebrar esos convenios con sus municipios, a efecto de que éstos asuman la prestación de los servicios o la atención de las funciones a las que se refiere el párrafo anterior".

También, el artículo 115 constitucional hace referencia a que los municipios, con el concurso de los estados, si así fuere necesario y lo determinen las leyes, tendrán a su cargo los servicios públicos, entre otros, de agua potable y alcantarillado, limpia y rastro, materias vinculadas estrechamente con la salud.

Con la reforma constitucional, la Ley Ge-

neral de Salud y la Ley del Sistema Nacional de Asistencia Social, aprobada esta última por el Congreso de la Unión en diciemhre de 1985, se decantó todo un proceso reglamentario y de expedición de decretos y acuerdos presidenciales, leyes locales de salud y ordenanzas municipales que, sumados a los convenios y acuerdos de coordinación suscritos con los gohiernos estatales, conforman el nuevo Sistema Jurídico de la Salud que da sustento al camhio estructural de la salud y que en sí mismo constituye un importante avance en la reforma sanitaria.

La Vía Jurídiea Programátiea

En cumplimiento del mandato constitucional, el titular del ejecutivo federal expidió en mayo de 1983 el Plan Nacional de Desarrollo, en el cual se expresan los objetivos del proyecto nacional y las siete tesis básicas de gobierno que ganaron el consenso al ser reconocidas como la mejor plataforma para hacer frente a los prohlemas del país y se convirtieron en un mandato democrático.

La estructura del Plan Nacional de Desarrollo establece, como elemento primordial del ejercicio de planeación, la guía de un gran propósito nacional que se fundamenta en los principios del proyecto nacional vertido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El gran propósito nacional sirve de hase a los cuatro objetivos fundamentales del Plan Nacional de Desarrollo, que son: Conservar y fortalecer las instituciones democráticas; vencer la crisis; recuperar la capacidad de crecimiento e iniciar los cambios cualitativos.

A partir de estos objetivos se definieron dos grandes estrategias: la de reordenación económica y la de cambio estructural.

El camhio estructural se basa en criterios generales que han guiado las acciones globales, sectoriales y regionales del Plan Nacional de Desarrollo y de sus programas derivados.

Para el caso de la salud, entendemos el cambio estructural como la adecuación de estructura y función a la promoción del bienestar integral a niveles individual y colectivo.

El propósito nacional, los objetivos fundamentales y las estrategias de reordenación y cambio estructural dan pie a la definición de cuatro grandes capítulos de política: económica, social, sectorial y regional. Dentro de la política social, las políticas de salud se han guiado fundamentalmente, por tres de las siete tesis básicas que rigen el Plan Nacional de Desarrollo: la sociedad igualitaria, la descentralización de la vida nacional y la planeación democrática.

El plan, en el apartado de "Política Social", define como propósitos para materializar la garantía constitucional de derecho social a la protección de la salud, los siguientes:

> Tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país;
>
> Mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados, y con especial preocupación por los grupos más vulnerables;
>
> Contrihuir, con respeto íntegro a la voluntad de la pareja, a un crecimiento

demográfico concordante con el desarrollo económico y social del país, y
Promover la protección social que permita fomentar el bienestar de la población de escasos recursos, especialmente a los menores, ancianos y minusválidos.

La estrategia para alcanzar estos propósitos señaló como prioridad la consolidación del Sistema Nacional de Salud que viene a constituir el componente sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática, conformado por las dependencias y entidades de la administración pública federal y local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones.

La respuesta al gran propósito nacional en el ámbito de los servicios de salud, se inicia con profundos cambios legislativos y con la formulación del Programa Nacional de Salud, como guía de la acción renovadora en la materia e instrumento eficaz para superar problemas, carencias, inercias y desequilibrios a nivel nacional, elaborado con la amplia participación de las instituciones del sector y considerando los resultados de la consulta popular.

E! establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud, así como el eficaz cumplimiento de los programas y objetivos del sector salud, requieren de la adopción y ejecución de cinco estrategias instrumentales que se concretan, cada una de ellas, en programas específicos. Estas estrategias son: 1) La sectorización; 2) La descentralización; 3) La modernización administrativa; 4) La coordinación intersectorial, y 5) La participacion de la comunidad. Su determinación obedece al impulso que requieren todas las actividades de salud dentro de bases y criterios de orientación homogéneos.

, Estas estrategias instrumentales son comunes a todos los programas, son complementa. rias e interdependientes entre sí y constituyen medios idóneos para el cumplimiento de los propósitos fundamentales y objetivos del sector salud.

E! Programa Nacional de Salud precisa un conjunto de acciones a desarrollar en cada una de ellas.

Sectomación

Se busca establecer la coordinación programática y la complementación de acciones entre las dependencias y entidades que prestan servicios de salud, en torno a los programas sectoriales de corto y mediano plazos y COn base en políticas, sistemas y criterios homogéneos, respetando la estructura jurfdíco-administrativa de las entidades paraestatales involucradas.

Descentralización de *los seroicios* de *salud*

Con respecto al proceso de descentralización, se apunta que se hará transferencia gradual de los servicios de atención a población abierta a las entidades federativas y desconcentración de los sistemas federales de seguridad social, bajo la coordinación y conducción nacional de la Secretaría de Salud, como oro ganización multicéntrica en que cada gobierno local construye su propio sistema estatal de salud en armonía y congruencia con el nacional.

Modernización administrativa

La estrategia de modernización administrativa consiste en la articulación del Sistema Nacional de Salud y hacer más racional la estructura y funcionamiento de las dependencias y entidades, a fin de que cumplan mejor sus cometidos.

A la modernización administrativa no se le ha entendido como un proceso simplista de reducción y actualización, sino como un proceso de adecuación de lo existente para darle sentido, volumen y calidad a la política nacional de salud, y para transformar a la Secretaría de Salud en entidad rectora para conducir y coordinar el Sistema Nacional de Salud y lograr su consolidación. La Secretaría de Salud, orgánica y funcionalmente, ha vigorizado su función normativa de planeación y de gestión financiera, lo cual ha permitido, en un proceso de racionalización, liberar recursos destinados a apoyar la operación local de los servicios y precisar su papel de rectoria.

Coordinación intersectorial

La estrategia de coordinación intersectorial tiene por propósito lograr la vinculación de las acciones del sector salud con las que llevan a cabo otros sectores, cuando incidan estas últimas en los niveles de salud.

Participación de la *comunidad*

Es necesario intensificar la participación de la comunidad en la programación sectorial y en el autocuidado de la salud, asegurándose así la utilización adecuada de los servicios, para lo cual se han determinado tres áreas prioritarias de acción: organización de la comunidad, capacitación de la población e información de la población.

Para cada una de las estrategias instrumentales y los programas de acción y de apoyo, se configura la estrategia global de financiamiento, de la cual se han derivado ejercicios de previsión en base a escenarios de gasto.

3. LA RECTORIA DEL ESTADO EN MATERIA DE SALUD

En un Estado de derecho como lo es el mexicano, las reformas constitucionales a los artículos 25, 26 Y 28 han definido y fortalecido el significado y alcances de la rectoría política del Estado y atribuyen a éste la planeación, conducción, coordinación y orientación de la actividad económica nacional dentro de las libertades y garantías consignadas por nuestra ley fundamental. Se le encomienda el apoyo e impulso a las empresas de los sectores social y privado, la promoción del desarrollo integral y la conducción del Sistema Nacional de Planeación Democrática con el concurso activo y deliberante de los sectores público, social y privado.

Con el fortalecimiento de la rectoría del Estado a partir de las reformas constitucionales, se definen las orientaciones básicas de la estrategia del desarrollo, se establecen las bases de concurrencia de los tres sectores fundamentales que conforman el sistema de economía mixta y se delimitan las actividades económicas en relación al Estado: las estratégicas que se reserva en exclusiva y las

prioritarias en las cuales solo o junto con los otros sectores puede participar.

Es a partir de la consagración del derecho a la protección de la salud cuando el Estado mexicano asume cabalmente y con precisión la rectoría de la política de salud, y su función de coordinador y proveedor de los servicios para la prevención, fomento y recuperación de la misma.

En cuanto a la protección de la salud, ésta está relacionada con la prestación misma de los servicios. Al efecto, es pertinente destacar que quedan sujetos a la regulación de la Ley General de Salud todos los servicios de salud que se proporcionan en el país, cualquiera que sea el carácter de los prestadores, sin perjuicio de los ordenamientos legales que rigen la organización y funcionamiento de las instituciones de salud respectivas.

Por lo que a las modalidades de acceso se refiere, la ley establece previsiones y principios generales que deberán regir la prestación de los servicios. Destacan al efecto los principios de universalidad y gratuidad fundados en las condiciones económicas de los usuarios.

Organismo Rector de la Política de Salud

Como organismo rector de la salud en México se encuentra a la Secretaría de Salud, a la que mediante reforma a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Diario Oficial del 29 de diciembre de 1982) se le faculta para establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, y para coordinar los programas y servicios públicos de salud. Esa misma ley faculta a la Secretaría de Salud para planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud, y promover la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Las leyes del Seguro Social y del ISSSTE se modificaron para Incluir a la Secretaría de Salud dentro de sus órganos de gobierno. De esta manera, el secretario del ramo es consejero por parte del Estado ante el Consejo Técnico del IMSS y es presidente de la Junta de Gobierno del ISSSTE por designación del presidente de la República.

Así, se estableció para conformar el sector salud, bajo la coordinación de la Secretaría de Salud, una nueva modalidad en la sectorización de la Secretaría de Salud, una nueva modalidad en la sectorización del gobierno federal. Con base en ella, el sector se integra con un sector administrativo y un sector programático. El primero, de aplicación generalizada en la administración pública federal; el segundo, de aplicación exclusiva, hasta ahora, en el sector salud.

La definición de normas de planeación y de evaluación que corresponden en el marco sectorial, ha hecho necesario establecer vínculos de interacción y concertación de la Secretaría de Salud y las entidades del sector salud. Al efecto, las instituciones del sector han acordado un mecanismo de interacción sectorial que comprende dos instancias en la sectorización: el Consejo de Salubridad General y el Gabinete de Salud.

La Ley General de Salud desarrolla las bases fundamentales del Sistema Nacional de

Salud, constituido por las dependencias y entidades públicas de los tres niveles de gobierno y por los sectores social y privado, el cual se concibe como un conjunto de mecanismos de coordinación tendiente a dar cumplimiento al nuevo derecho social programático.

La coordinación del sistema recae en la Secretaría de Salud en su carácter de autoridad sanitaria y de instancia administrativa especializada en salud. Para la consolidación y funcionamiento del sistema, la ley define las vertientes de concertación e inducción para que los sectores social y privado participen activamente mediante la celebración de contratos y convenios públicos, que se ajusten a las bases establecidas: la definición de responsabilidades de cada sector involucrado; la determinación de las acciones de orientación, estímulo y apoyo que lleve a cabo la Secretaría de Salud; la especificación del carácter operativo de las funciones, con reserva de las funciones de autoridad de la Secretaría, y la expresión de estipulaciones contractuales.

Podemos identificar las principales funciones de rectoría del Estado en materia de salud en los siguientes rubros:

Regulación de los servicios de salud y regulación, control y fomento sanitario.
Función reglamentaria y de normas **técnicas.**
Planeación y gestión financiera.
Proveedor de servicios de salud.
Formación de recursos humanos.
Investigación para la salud.
Información para la salud.
Interrelación de funciones normativas y de rectoría del Estado vinculadas a la salud.

El Estado en su Funeión Normativa de Regulación de los Servicios de Salud y de Regulación, Control y Fomento Sanitario

Regulación de los servicios de salud

Para que un establecimiento o institución prestadora de servicios de salud pueda brindar éstos al público usuario, es necesario que cuente con la licencia sanitaria de funcionamiento respectiva, expedida por la Secretaría de Salud para el caso de instituciones públicas, y habiéndose descentralizado su expedición a la entidad federativa de que se trate para el caso de establecimientos privados.

La Secretaría de Salud tiene la facultad de emitir las normas técnicas que regulen la operación y prestación de los servicios de salud. A la fecha se han expedido alrededor de 70 normas técnicas aplicables a tal fin.

Regulación, control y fomento sanitario

La regulación sanitaria es el conjunto de acciones preventivas que lleva a cabo el Estado para normar y controlar los establecimientos, vehículos, actividades, productos, equipos y personas que constituyen un riesgo para la salud de la población en general, así como para fomentar paralelamente el autocuidado de su salud.

El universo de la regulación sanitaria puede ser esquematizado en tres campos de acción: la regulación, el control y el fomento sanitario.

La *regulación sanitaria* es la base legal que fundamenta las acciones de oontrol y fomento sanitarios a través de leyes, reglamentos, normas, decretos, acuerdos y convenios, así como de los dictámenes relacionados con la expedición de las autorizaciones sanitarias y de las sanciones.

El *control sanitario* es el conjunto de actos de autoridad desarrollados por las instancias sanitarias responsables, con el propósito de verificar que los establecimientos, vehículos, actividades, productos, equipos y personas cumplan con los requisitos y condiciones establecidas por la legislación sanitaria, a fin de prevenir riesgos y mejorar la salud de la población.

El *fomento sanitario* es el conjunto de medidas gubernamentales destinado esencialmente al sector productivo, orientado a promover la divulgación y el cumplimiento de las disposiciones sanitarias, para propiciar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del país; esto último con la participación comunitaria.

Las materias que primordialmente abarcan la regulación, control y fomento sanitario pueden clasificarse en: control de insumes para la salud y control sanitario de bienes y servicios.

El Estado en su Función Reglamentaria y de Normas Técnicas

Para la instrumentación del artículo cuarto constitucional relativo al derecho a la proteoción de la salud, se han expedido las siguientes disposiciones reglamentarias: Ley General de Salud, Ley General de Asistencia Social y Ley General de Asistencia Privada.

La Ley General de Salud ha aspirado a dejar atrás la farragosa reglamentación, que mucho complicaba sus procesos ejecutivos y de gestión de la sociedad.

Como parte del cambio estructural de la política nacional de salud y de la modernización de la Secretaría de Salud, se ha impulsado la simplificación y racionalización de la regulación sanitaria para lograr transparencia y efectividad. La Ley General de Salud contempla sólo seis reglamentos, lo que se compara con más de cincuenta que existían.

A la fecha, se han expedido cinco concernientes a la sanidad internacional; control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos; prestación de servicios de atención médica; control sanitario de la publicidad, e investigación para la salud; estando en proceso de expedición el de control sanitario de bienes y servicios.

Por "norma técnica" se entiende, de conformidad con la Ley General de Salud, al conjunto de reglas científicas o tecnológicas de carácter obligatorio, emitidas por la Secretaría de Salud, que establecen los requisitos que deben satisfacerse en la organización y prestación de servicios, así como en el desarrollo de actividades en materia de salubridad general, con el objeto de uniformar principios, criterios, políticas y estrategias.

Para contribuir a la ampliación y mejora. miento de la salud, la ley instituye el cuadro básico de insumos del sector salud, al que deberán sujetarse todas las dependencias y entidades públicas que actúan en ese campo y que responde al propósito de racionalizar la adquisición y disponibilidad de esos insumos,

El Estado como Conductor de la PIaneación y Gestión Financiera

El ejercicio de las funciones de la Secretaría de Salud como coordinadora sectorial, han implicado el inicio de una labor de programación, presupuestación y control sobre los recursos que se destinan a los servicios públicos de salud. Esto caracteriza al llamado ámbito programático del sector salud.

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal confiere a los coordinadores de cada sector la encomienda de coordinar la programación y presupuestación, conocer la operación, evaluar los resultados y participar en los órganos de gobierno de las entidades agrupadas en el sector a su cargo.

La Ley de Planeación precisa que es responsabilidad de los coordinadores sectoriales hacerse cargo del proceso de planeación del sector bajo su responsabilidad, de participar en aquellos programas regionales o especiales donde se requiera el concurso de su sector, y supervisar el desempeño de las entidades paraestatales en sus programas institucionales.

La sectorización se reforzó por la Ley Federal de las Entidades Paraestatales (Diario Oficial del 14 de mayo de 1986), que confiere una mayor capacidad de decisión a los órganos de gobierno de las entidades paraestatales, a fin de fortalecer su autonomía, definir las responsabilidades de sus titulares en forma más amplia y precisa, apoyar el papel rector del coordinador sectorial, así como acentuar la preeminencia de los programas sectoriales. Tiene por objeto regular la organización, funcionamiento y control de las entidades paraestatales. Se precisa que los organismos descentralizados incluyen a las instituciones que realizan actividades estratégicas o prioritarias, la prestación de un servicio público o social, y dedicadas a la obtención y aplicación de recursos para fines de asistencia o seguridad social. Así, esta misma ley señala que aunque el IMSS, el ISSSTE, el ISSFAM y otros organismos de estructura análoga se seguirán rigiendo por leyes específicas, deberán apegarse a la misma en lo que se refiere al funcionamiento, operación, desarrollo y control.

En consecuencia, corresponde a los coordinadores sectoriales establecer políticas de desarrollo para las entidades del sector, coordinar la programación y presupuestación de **conformidad, en su caso, con las asignaciones** sectoriales de gasto y financiamiento previamente establecidas y autorizadas, conocer la operación y evaluar los resultados de las entidades paraestatales.

El Estado como Proveedor de Servicios de Salud

En la Ley General de Salud se clasifica a los prestadores de los servicios de salud en:

1. Servicios públicos a la población en general. En este campo podemos identificar a las siguientes instituciones públicas prestadoras de estos servicios: Secretaría de Salud, institutos nacionales de salud y otras entidades paraestatales agrupadas en el sector administrativo coordinado por la SSA; Departamento del Distrito Federal,

entidades federativas y municipios, Programa IMSS.COPLAMAR y Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Asimismo, se define que son servicios públicos de salud los que se presten a la población en general, pre· viéndose que se cobrará por ello una cantidad económica denominada cuota de recuperación.

Es de concluirse quc la naturaleza jurídica de la prestación de servicios de salud por parte de la secretaría del ramo, es la de un servicio público que el Estado asume para garantizar a la población el efectivo goce del derecho a la protección de la salud.

De acuerdo al modelo seguido, el esquema de operación consiste en que la Secretaría de Salud asuma las funciones normativas, de planeación y gestión financiera, derivando progresivamente a las entidades paraestatales del sector y a los estados y municipios la prestación directa de los servicios de salud.

2. Servicio a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del poder ejecutivo federal presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios. Aquí, podemos identificar a las siguientes instituciones de seguridad social: IMSS, ISSSTE, ISSFAM, así como otros sistemas específicos de seguridad social.
3. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.

El Estado en 8U Función **de** Formación **de Recursos Humanos**

La ley establece las bases para la adecuada vinculación entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las formadoras de recursos humanos, a efecto de racionalizar la formación de éstos a la luz de los requerimientos del Sistema Nacional de Salud. Con pleno respeto a la autonomía que el artículo tercero de la Constitución otorga a las instituciones de educación superior, se reglamenta la participación que en la formación de recursos humanos corresponde a las unidades aplicativas, quienes tradicionalmente han tenido a su cargo funciones de formación en **servicio.**

Con el propósito de identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud, así como entre el sector salud y el sector educativo, en el proceso de formación de recursos humanos para la salud que requiere el Sistema Nacional de Salud, se creó la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (Diario Oficial del 19 de octubre de 1983).

La ley previene que el servicio social de pasantes y profesionales de la salud se preste en las unidades aplicativas del primer nivel de atención, prioritariamente en el ámbito rural y en los programas especiales que se desarrollen en 108 establecimientos públicos de salud. La Secretaría de Salud y 108 gobier. nos locales, en sus respectivos ámbitos de competencia, deberán elaborar programas de

carácter social para los profesionales de la salud en beneficio de la colectividad.

El Estado en su Función de Investigación para la Salud

Para hacer más efectiva la prestación de servicios de salud y con absoluto respeto a los principios éticos, tomando en consideración los adelantos científicos actuales, se previenen acciones que contribuyan a la investigación en materia de salud y se han sentado las bases para desarrollarse.

En coordinación con la Secretaría de Educación Pública, con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, la Secretaría de Salud realiza y mantiene actualizado un inventario de la investigación en el área de la salud y, para salvaguardar los principios éticos, se ha establecido por ley que en las instituciones de salud y bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos, habrá una comisión de investigación y otra de ética cuando se realicen investigaciones en seres humanos; y una más de bioseguridad, que se encargará de regular el uso de radiaciones ionizantes o las técnicas de ingeniería genética. Al efecto, el Consejo de Salubridad General dicta disposiciones complementarias para determinado tipo de investigaciones.

El subsector de los institutos nacionales de salud, así como los Hospitales General de México y Juárez, de alta especialidad, revisten una marcada influencia en el campo de la investigación para la salud, en relación a sus funciones esenciales de investigación de alto nivel, enseñanza en posgrado y servicios asistenciales de tercer nivel en el tema de su especialidad, que a lo largo de su historia les han consolidado como centros de excelencia; así como por la vinculación de este subsector con los problemas de salud de interés nacional.

Con el propósito de coordinar y conducir las funciones de enseñanza e investigación en salud pública, el ejecutivo federal creó el Instituto Nacional de Salud Pública (Diario Oficial del 26 de enero de 1987) como un organismo descentralizado agrupado al sector que coordina la Secretaría de Salud y bajo la normativa técnica de ésta. Este instituto agrupa los Centros de Investigación en Salud y el de Enfermedades Infecciosas, así como la Escuela de Salud Pública, de larga tradición en nuestro país.

El Estado en su Función de Formación **para la Salud**

De conformidad con las Leyes de Salud, Planeación y de Información, Estadística y Geografía, la Secretaría de Salud integra las estadísticas de salud que se refieren fundamentalmente a natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez; a los factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados con la salud, y a los recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud y a su utilización.

También compete a la Secretaría de Salud el establecimiento y operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, para apoyar técnicamente sus funciones en materia de prevención y control de enfermedades y accidentes. Dicho sistema tendrá sustento en la información y estadísticas que proporcio-

nen las entidades que configuran el sector administrativo y programático bajo la coordinación de la Secretaría de Salud, correspondiendo a esta última la atribución de consolidar la información de la vigilancia epidemiológica.

Se pretende con todo ello, consolidar un Sistema Nacional de Información en Salud de acuerdo a los criterios de carácter general de la Secretaría de Programación y Presupuesto.

Interrelación de Funciones Normativas y de Rectoría del Estado Vinculadas a la Salud

Mejoramiento del ambiente

De acuerdo a la actual distribución de competencias entre las Secretarías de Salud y de Desarrollo Urbano y Ecología, corresponde a la SEDUE la formulación y conducción de la política de saneamiento ambiental, y la SSA ha enfocado su acción sanitaria al control y prevención de los efectos nocivos del amo biente en la salud (saneamiento básico), estableciendo los requisitos sanitarios mínimos para el abastecimiento de agua potable para uso o consumo humano, para las descargas de aguas residuales o contaminantes, así como para vigilar la seguridad radiológica para el uso y aprovechamiento de fuentes de radiación. Para lograr la coordinación necesaria opera la Comisión de Ecología.

Salud ocupacional

La Secretaría del Trabajo y Previsión Social es la dependencia del ejecutivo federal encaro gada de vigilar la observancia y aplicación de las disposiciones federales en materia de trabajo.

Por lo que se refiere a salud ocupacional, el trabajo o las actividades, sean comerciales, industriales, profesionales o de otra índole, se ajustarán por lo que a protección de la salud se refiere, a las normas que dicte la Secretaría de Salud.

Cuando dicho trabajo y actividades se realicen en centros de trabajo cuyas relaciones laborales estén sujetas al' apartado A del aro ticulo 123 constitucional, las autoridades sanitarias se coordinarán con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social para la expedición de las normas respectivas.

Riesgos del trabajo

La responsabilidad de dictar y conducir la política de higiene y seguridad industrial es competencia de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, pero, en concordancia con la legislación del trabajo, se establece por la Ley General de Salud, que las entidades del sector salud colaborarán con programas de prevención de accidentes en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y las instituciones de seguridad social. También, la Secretaría de Salud está faeultada para dictar normas técnicas para la prevención de enfermedades y accidentes.

Protección de la familia

En virtud de la reforma de 1980, el artículo cuarto constitucional consigna la proteo-

ción de los menores, determinando que la ley definirá los apoyos que brinden las instituciones públicas.

El desarrollo desigual provoca la formación de grupos vulnerables de menores y de ancianos en desamparo, inválidos y personas en estado de necesidad, que requieren de la asistencia física, mental, social, técnica y jurídica del Estado, a fin de protegerlos de los riesgos y de incorporarlos a una vida más plena y productiva. La prestación de tales servicios de asistencia social se encuentra a cargo de! Sistema para e! Desarrollo Integral de la Familia, componente de! subsector asistencia social que coordina la Secretaría de Salud.

También, en el mismo artículo constitucional, se dispone que "toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre e! número y e! espaciamiento de sus hijos". Particular interés merece en la Ley General de Salud la participación de la comunidad en los servicios de planificación familiar, que adquieren el carácter de prioritarios dada su incidencia en e! nivel de bienestar de los mexicanos.

Saneamiento básico

Se entiende por saneamiento básico e! control y vigilancia de los factores ambientales físicos mínimos que ejerzan o puedan ejercer acciones sobre e! crecimiento, salud y supervivencia de! ser humano, tales como control de la fauna nociva, disposición de desechos sólidos y vigilancia de la potabilidad de! agua.

Con base en los artículos 3, fracción XIII, y 13, apartado B, fracción 1, de la Ley General de Salud, es materia de la salubridad general concurrente y compete a los gobiernos de las entidades federativas, como autoridades locales, la prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre,

Por otra parte, el artículo 115 constitucional establece como obligación a cargo de los municipios la prestación de servicios públicos, entre otros, de agua potable y alcantarillado, limpia y rastro, también contempla la posibilidad de que los estados puedan celebrar convenios para que los municipios puedan asumir la prestación de los servicios o funciones que el desarrollo económico y social lo haga necesario.

De lo anterior resulta que las entidades federativas deberán utilizar el acuerdo de voluntades que introduce la Constitución para descentralizar a los municipios la materia sanitaria del saneamiento básico, a efecto de concatenar la prestación de servicios públicos con la proyección ecológica de los mismos.

4. LA POLITICA NACIONAL DE SALUD, LA CRISIS ECONOMICA y EL CAMBIO ESTRUCTURAL

Al inicio de la presente administración, la economía mexicana se caracterizaba por e! desplome y e! retroceso de la producción, por desequilibrios del aparato productivo y distributivo, hiperinflación, desempleo creciente, aumento explosivo del déficit público y del circulante, agotamiento de las reservas internacionales, una deuda externa sin precedentes y la virtual suspensión de pagos.

Los costos y desequilibrios significativos que generó el patrón de crecimiento seguido en el país; la aguda desigualdad en la distribución del ingreso; la concentración y dispersión territorial de la población y de las actividades productivas; el perfil demográfico de la población que ha traducido los altos crecimientos del pasado en demandas crecientes de todo tipo; la dependencia científica y tecnológica del exterior y la canalización y descoordinación de acciones públicas, son algunos de los problemas estructurales más agudos que han obstaculizado la elevación y la distribución más igualitaria de los beneficios del desarrollo.

La magnitud de los problemas internos tanto estructurales como coyunturales, aunados a factores externos de gran repercusión, llevaron al ejecutivo federal a señalar que sería propósito del Estado mexicano evitar que la crisis económica se constituyera en un factor de diferimiento de toda demanda social. Antes bien, se aprovecharía la situación para introducir, en forma paralela a la superación de la crisis, cambios estructurales que permitieran iniciar transformaciones de fondo que sentaran las bases para una mayor igualdad social. Se planteó para ello, la reordenación económica y el cambio estructural como las dos grandes estrategias del desarrollo, otorgándose prioridad a la satisfacción de las necesidades básicas de la población, fundamentalmente en alimentación, vivienda, educación, salud y asistencia social, recreación y calidad de vida.

En materia de salud, el patrón de crecimiento del país y la evolución institucional de este sector se reflejaron en una insuficiente y desarticulada capacidad para lograr la plena cobertura de los servicios; en calidades diferenciadas de los servicios entre instituciones y regiones; en una creciente centralización de la operación; en la ausencia de una entidad rectora que coordinara y condujera las acciones, y en una reducida participación comunitaria en el autocuidado de la salud y en la prestación de los servicios.

Para revertir esta situación y conforme a las grandes orientaciones del cambio estructural, se determinó llevar a cabo una reforma sanitaria consistente y profunda, sustentada en una concepción clara del papel del Estado y de la sociedad en la protección de la salud, así como de la relación que debe establecerse entre la política social y el desarrollo económico.

Así, en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Nacional de Salud, se reconoce que la salud es causa y efecto del desarrollo, por lo que los niveles de salud no dependen exclusivamente de acciones propias en la materia, sino que están firmemente condicionados por el desempeño global de la economía y del ritmo y dirección de los otros componentes de la política social.

En la actual concepción de la relación que se da entre política social-desarrollo económico, se considera al gasto en salud como un medio para crear las condiciones políticas, sociales y económicas que permitirán superar la crisis en contraposición con la concepción tradicional, en la que el gasto en programas de salud se permite y efectúa una vez alcanzadas las metas del crecimiento.

Con base en esta concepción, se otorga un lugar prioritario a los servicios de salud

y se desencadena el cambio estructural en la materia. De esta manera, no obstante las restricciones financieras a que obliga la crisis económica, el Estado ha asignado prioritariamente recursos para mantener e incrementar los niveles de empleo, salud y bienestar social. Es menester señalar, sin embargo, que el gasto del sector salud no escapó a los ajustes presupuestales que en los últimos años impactó a todas las dependencias y entidades de la administración pública federal, aunque su reducción siempre ha sido menor a la de otros sectores.

La prioridad asignada al sector salud se manifiesta en el hecho de que en tanto otros sectores han disminuido su participación en el gasto público federal programable*, el gasto en salud ha incrementado su ponderación, la que en 1987 se estima será del 10.2 por ciento, contra la participación observada en 1982 que fue del 7.8 por ciento. Sin embargo, el gasto sectorial en salud en cuanto proporción del Producto Interno Bruto no ha recobrado los niveles observados en la década de los setentas. No obstante, según cifras estimadas. en 1987 se habrá alcanzado una participación similar a la registrada en 1982, que fue del 2.27 por ciento.

Para identificar en su justa dimensión el gasto en salud y su participación en el PIB, es menester añadir tanto el gasto directo que a salud destinan los gobiernos estatales y municipales, así como el gasto que otros sectores y las entidades federativas canalizan en acciones que inciden de manera substancial en los niveles de salud como son, entre otros, vivienda, saneamiento básico, agua potable, drenaje y subsidios al consumo alimentario.

- Excluye amortización y servicio de la deuda, participacienes y estímulos y edefes.

Los datos anteriores adquieren una especial connotación, al analizar la evolución del gasto asignado al sector salud en relación al del sector público federal en su conjunto. El gasto real presenta una tendencia irregular y decreciente a precios constantes de 1982, registrando el gasto en salud una disminución promedio anual del 0.3 por ciento, contra una reducción del 5.6 por ciento del gasto total programable del sector público.

Al revisar el comportamiento del gasto en salud en el periodo 1982-1987, se observa que en 1983 disminuyó en un 10 por ciento, registrando una tendencia creciente, aunque irregular, a partir de 1984, alcanzando en el presente año un monto ligeramente inferior (1.7 por ciento), en términos reales, al presupuesto ejercido en 1982.

Se debe destacar que en el periodo 1983-1987 se ha preferenciado el gasto en salud para la atención a la población abierta, el cual registra en términos reales una tasa de crecimiento medio anual del 8.7 por ciento, mientras que el gasto que las instituciones de seguridad social destinan a la salud se ha mantenido casi constante, registrando tan sólo un incremento medio anual del 0.3 por ciento. De esta manera, el gasto en salud a población abierta aumentó su participación del 22 al 27 por ciento en el total sectorial, aunque todavía está por debajo de la ponderación que alcanzó en 1982, en que fue del 28 por ciento.

Al analizar la composición del gasto ejercido por las instituciones a cargo de la población no derechohabiente, se desprende que poco más del 90 por ciento de sus recursos correspondió a gasto corriente y cerca del 10 por ciento a inversión. El 75 por ciento del gasto

corriente lo aplicaron para cubrir el costo de los servicios personales y el 25 por ciento restante para sufragar el costo de operación. Respecto a su distribución, se ha empezado a revertir la tendencia altamente concentradora de la distribución geográfica del gasto, ya que las 32 entidades federativas incrementaron su participación del 53 al 60 por ciento en el gasto total, mientras que el gasto en el Distrito Federal disminuyó del 47 al 40 por ciento.

El gasto directo de la Secretaría de Salud ha aumentado, en términos reales, en 8.5 por ciento promedio anual durante el periodo 1983·1987. Sin embargo, el nivel de gasto alcanzado en 1987 es equivalente al de 1982. El gasto destinado al pago de servicios personales se ha incrementado, aunque en menor proporción, en virtud del mayor número de plazas y del costo de la homologación salarial; consecuentemente con la necesidad y propósito de mejorar la calidad de los servicios, se ha reforzado el presupuesto canalizado para cubrir su costo de operación, aumentando en consecuencia su participación en el gasto corriente que pasó del 21 al 26 por ciento en el mismo lapso.

Al igual que en el nivel sectorial, se ha preferenciado la desconcentración del gasto, absorbiendo en la actualidad los 32 estados el 60 por ciento de los recursos de la dependencia, contra el 50 por ciento registrado al inicio de la administración. Por contra, el gasto canalizado a las unidades administrativas centrales en el Distrito Federal ha disminuido del 33 al 24 por ciento en el periodo.

A pesar de la prioridad en el gasto, y no obstante los esfuerzos de racionalización y las mayores aportaciones de los estados a la salud, se debe reconocer que el gasto requerido para afrontar la creciente demanda, mantener el nivel y la calidad de los servicios y poner en funcionamiento las unidades que se han construido, se encuentra por encima de la capacidad de financiamiento del gobierno federal.

Con el objeto de contrarrestar el impacto inflacionario y cambiario en el gasto de que disponen las instituciones de salud, se ha buscado hacer más con menos, a partir de tres grandes estrategias: a) la reasignación de recursos, b) un uso más eficiente de los mismos y e) la obtención de ingresos adicionales derivados de nuevas fuentes de financiamiento.

Por lo que se refiere a la reasignación de recursos, se ha buscado preferenciar el gasto de inversión para ampliar y optimizar la red de unidades de salud, sin soslayar la prioridad de fortalecimiento operativo y logístico de los servicios de salud; se ha otorgado mayor apoyo presupuestal a los programas vinculados con la atención primaria y la medicina preventiva y se ha revertido, como se mencionó anteriormente, la concentración del presupuesto en el nivel central en favor de las entidades federativas, principalmente de aquellas que se han incorporado al proceso de descentralización.

El uso más eficiente de los recursos se ha sustentado en las acciones siguientes: implantación de un modelo de atención para la población abierta, que da énfasis a la atención primaria y a la medicina preventiva; jerarquización de prioridades y racionalización de la adquisición de insurnos y equipos conforme a cuadros básicos y a normas y procedimientos homogéneos; ejecución de programas de rehabilitación, conservación y mantenimiento de

unidades aplicativas; homologación salarial y funcional del personal médico y paramédico protegido por el apartado B del artículo 123 constitucional; complemento de plantillas de personal y equipamiento; vinculación estrecha de los gastos y acciones a cargo de otros sectores de la administración pública federal y estatal; reforzamiento de las acciones de formación y capacitación de los recursos humanos en salud, y continuidad y consolidación de las acciones de modernización y simplificación administrativa.

Dentro de las modalidades de financiamiento adoptadas destacan: la mayor participación financiera de los gobiernos estatales y municipales, el aprovechamiento de créditos externos procedentes del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial, así como de otras instituciones internacionales de apoyo; la aplicación de cuotas de recuperación diferenciales por servicios de salud, una mayor participación de las instituciones de seguridad social en acciones de salud pública en beneficio de la población en su conjunto y no sólo de los derechohabientes, y la promoción e impulso de las aportaciones de la sociedad ya sea individualmente, a través de patronatos, fundaciones o por conducto de agrupaciones sociales y privadas.

El cambio estructural en salud se realiza en dos niveles distintos: el *macro,* referido a las bases locales, económicas, sociales, políticas y estructurales del sistema de salud, y el *micro,* relativo a la organización de los servicios de salud en cada unidad aplicativa o programa donde la población y el sistema de salud entran en contacto directo.

Las acciones del ámbito macro se enmarcan en las estrategias instrumentales del Programa Nacional de Salud, a saber: sectorización, descentralización, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación de la comunidad, sustentadas en las diversas modalidades de financiamiento. Por su parte, las acciones micro se apoyan en los siguientes instrumentos básicos: la formación y capacitación de los recursos humanos; la investigación científica; la supervisión, y la información en salud.

Las acciones desarrolladas en los niveles macro y micro del cambio estructural en salud, se han traducido en mejoras importantes de los niveles de cobertura y de los principales indicadores que reflejan el panorama epidemiológico y la disponibilidad de recursos físicos y humanos de las instituciones públicas del sector.

Sin embargo, el impacto que la crisis económica ha tenido en la capacidad de resolución de los niveles de salud, aunado a su repercusión negativa en los niveles de vida de la población, sobre todo en la de escasos recursos, han provocado la persistencia de problemas de salud asociados a dichos niveles y, por tanto, de simple resolución, dentro de las principales causas de morbimortalidad, presentándose además una mayor incidencia en enfermedades que ya se habían controlado como es el caso del paludismo. En paralelo, se han agudizado los problemas relacionados con el desarrollo urbano, aumentando los casos de accidentes y las muertes violentas, los padecimientos y las infecciones respiratorias.

A la vez, han surgido nuevas enfermedades cuyo poder devastador es preocupante y cuyo combate resulta muy costoso, como es el SIDA y la fibrosis pulmonar.

La extensión de los regímenes de seguridad social y el fortalecimiento de la estrategia de extensión de cobertura, así como la ampliación y mejoramiento de unidades de salud, permitieron a las instituciones públicas del sector ampliar el acceso a los servicios al 88 por ciento de la población en comparación con el 81 por ciento de 1982. Para ello, se extendió la cobertura a cerca de nueve millones de compatriotas, incluyéndose en esta cifra el crecimiento natural de la población.

Las instituciones que atienden a la población abierta contribuyeron en este esfuerzo mediante la incorporación de auxiliares de salud en localidades de menos de 2,500 habitantes; con la ampliación, habilitación y rehabilitación de 3,800 unidades de primer nivel, 90 por ciento del total de las unidades de este tipo y 75 hospitales, 68 por ciento de los mismos; la construcción e incorporación de 450 nuevos centros y de 36 hospitales con 2,500 camas de segundo nivel, incrementando en un 19 por ciento la capacidad hospitalaria existente en 1982, y el fortalecimiento del personal vinculado con la prestación directa de los servicios. En el caso de la SSA el personal de la rama médica, paramédica y grupos afines aumentó en un 12 por ciento, sin considerar a los que realizan su servicio social. Adicionalmente y como resultado de la homologación salarial y funcional, se incrementó en 19 por ciento la fuerza de trabajo en esta dependencia al aumentar las jornadas y horas de trabajo a partir del mismo número de personal.

Cabe señalar que las instituciones de salud, recibieron una inyección extraordinaria de recursos como resultado de un hecho irnprecedecible y lamentable como lo fue el sismo que afectó a nuestro país en 1985. Recursos procedentes del Fondo Nacional de Reconstrucción, de donativos directos de la sociedad y de agrupaciones privadas y oficiales, tanto nacionales como extranjeras, permitieron no sólo subsanar las pérdidas, sino también incrementar la capacidad de infraestructura conforme a criterios de ordenamiento de los servicios.

En el caso de la SSA, se ha recuperado el 100 por ciento de la infraestructura dañada (2,158 camas) y con la culminación del Programa de Reconstrucción se incrementará, en el próximo año, la capacidad hospitalaria en un 12 por ciento respecto a la situación anterior al sismo.

El crecimiento de la infraestructura se continuará con la ejecución del Programa de Salud México-BID, que prevé la construcción de 362 unidades de primer nivel y 10 hospitales, que permitirán incorporar 720 camas de segundo nivel en beneficio de más de tres millones de habitantes.

Por lo que respecta a los indicadores de sao lud, durante el periodo 1982·1986, las tasas de mortalidad general (por mil habitantes). infantil y materna (por mil nacidos vivos registrados) disminuyeron de 5.6, 33 y 1.4 a 5.0, 28.4 Y 0.8 respectivamente. La esperanza de vida pasó de 65.2 años en 1982 a 69 para 1986, reduciéndose además en el periodo las tasas de natalidad y de fecundidad.

5. RETOS Y PERSPECTIVAS

Los avances son significativos. empero no debemos perder de vista que es necesario redoblar y multiplicar los esfuerzos públicos y

privados para suprimir o al menos aminorar, las desigualdades institucionales en la disponibilidad de recursos y en la calidad de los servicios, lo que obstaculiza los principios de equidad y universalidad de la salud. Debemos superar también las desigualdades en la canalización regional de los recursos, a fin de beneficiar a la población de las zonas más rezagadas del país o de menor desarrollo relativo; es menester, además, mejorar la distribución de recursos entre programas, preferenciando a la **atención primaria.**

Los desequilibrios que se manifiestan aún en los principales indicadores de recursos, médicos, camas y consultorios por habitante, constituyen una expresión real de las desigualdades institucionales y regionales, y reflejan insuficiencias en el uso de los recursos y un frecuente mal aprovechamiento de la infraestructura.

Los retos presentes son grandes, serán rnayúsculos los que se deberán encarar en los próximos años. Por ello, las políticas de salud además de adaptarse a las nuevas circunstancias que vivimos y a los grandes desafíos que enfrenta nuestro desarrollo, confrontan sus propios retos y oportunidades.

El gasto en salud, por su naturaleza y características, tiene y debe tener una tendencia marcadamente creciente. Desde el punto de vista de la inversión, es necesario que se incrementen las disponibilidades presupuestarias y que se racionalice y optimice su asignación territorial. La infraestructura de servicios de salud, además de estar desconcentrada y desigualmente distribuida, es limitada e insuficiente. Su extensión o ampliación si bien requiere de una inversión significativa, aunque no tan alta respecto a la necesaria para construir otros tipos de infraestructura básica y social, tiene un impacto elevado en el gasto de operación, el cual se estima, en la hospitalaria, equivalente **en el primer año al 70 por ciento** de la inversión. Ello hace necesario profundizar en estrategias de probada eficacia como es la cirugía ambulatoria y la de corta estancia, así como fórmulas de extensión de cobertura que no impliquen la construcción de infraestructura, especialmente en el campo de la **atención primaria.**

La conservación y el mantenimiento de las instalaciones y de los equipos forman parte primordial de la calidad del servicio y de la imagen institucional ante la población. Su desatención histórica, la diversidad de infraestructura y de equipos que no obedecen a modelos racionales, deficiencias de programación y asignación del gasto, así como una reducida supervisión, tornan crítica la situación en este campo y obligan a una canalización creciente de recursos financieros y a la adopción de esquemas operativos más viables y económicos.

Es muy frecuente observar una preocupa**ción mayor por la construcción de nueva** infraestructura que por la instrumentación de programas de conservación y mantenimiento.

Los gastos de inversión son importantes para garantizar una oferta adecuada de servicios; sin embargo, en la salud tienen una significación secundaria respecto a los servicios personales y los gastos de operación. Ya se ha mencionado que el costo del personal absorbe las tres cuartas partes del gasto ejercido, constituyendo por su naturaleza un gasto fijo, cuyo pleno aprovechamiento exige

racionalizar su estructura ocupacional, mejorar su distribución territorial y por niveles de **servicio, así como incrementar su producti**vidad. Todo ello para propiciar su balance óptimo con los otros recursos.

Los costos de operación comprenden elementos de carácter fijo y variable, sujetos a **variaciones de precios en ocasiones superiores** al índice inflacionario y al grado de deslizamiento de la moneda. En los costos fijos destacan los relativos a los servicios generales, todos ellos susceptibles de racionalizar su consumo. Por lo que respecta a los de carácter variable, debemos resaltar a los insumos médicos, cuyo volumen está en relación directa **con la demanda de los servicios, la cual, como** se ha mencionado, tiene Una tendencia creciente. Hay que reconocer también que persis**ten en este campo algunos Consumos irracional**es e indiscriminados, que repercuten negativamente en los requerimientos financieros.

Las características del gasto en salud que han sido mencionadas brevemente, las desigualdades sociales. y regionales persistentes, la gran concentración y dispersión territorial de la población, y la demanda creciente de todo tipo, imponen diseñar y fortalecer fórmulas sólidas que den una nueva fisonomía a los servicios de salud. Son más de nueve millones de mexicanos los que no gozan aún de los servicios permanentes de salud. Por su parte, muchos de los que los tienen no los reciben en calidad adecuada ni COn la oportunidad debida.

La proliferación de sistemas institucionales, las inercias para conformar un verdadero sector salud, cuya ausencia histórica fue evidente; el rezago tradicional, técnico y funcional de la autoridad sanitaria, así como las diversas fórmulas de financiamiento y de orden jurídico-administrativo, explican, en huena parte, el que el Sistema Nacional de Salud se encuentre aún en proceso de su cabal consolidación, para asegurar el acceso universal e igualitario de la población a los servicios básicos con calidad homogénea.

La complejidad y la frecuente ausencia de criterios para evaluar la efectividad y los costos en la prestación de servicios, el afán de disponer de servicios hospitalarios de alta y avanzada tecnología, y el modelo de profesionalización y de formación de recursos humanos en la medicina, son algunos de los factores que originan que no se impulse con mayor vigor la atención primaria, que privilegia la atención preventiva y la promoción de la salud. Un sistema de salud que no se finque en **la atención primaria, además de incapaz, re**sulta extremadamente costoso. No hay ni habrá país alguno con recursos suficientes para financiarlo. Por ello, se deberá profundizar en la reasignación de recursos y en el uso más eficiente de los mismos.

La continuidad y profundización del cambio estructural en la salud, en el marco de las **expectativas económicas y sociales, así como** los cambios profundos que exige el proceso de renovación nacional, obligan a reflexionar sobre algunos aspectos que requieren ser ampliamente debatidos y que demandan de una buena dosis de diseño imaginativo y de pragmatismo, entre 108 que destacan los siguientes:

- Las implicaciones sociales, políticas y económicas que conlleva el derecho a la protección de la salud, como mandato constitu-

cional, y el propósito de plena cobertura, se deberán traducir en la revisión de los esquemas jurídicos, administrativos y financieros de las instituciones del sector, a fin de consolidar cabalmente el Sistema Nacional de Salud y de garantizar a la población en general la accesibilidad a los servicios básicos de salud, en función de sus necesidades y sin distinción de sus capacidades y del esquema de servicios a que tengan derecho o **acceso.**

Lo anterior también se deberá reflejar en una mayor asignación del gasto en salud, como proporción del Producto Interno Bruto, y en una mejor distribución regional e institucional, bajo criterios de mayor equidad social y de racionalización programática

- La formulación e implantación de modelos homogéneos de atención de índole sectorial, que enfaticen la atención primaria y la medicina preventiva, que propicien la reorganización operativa de los servicios y su aprovechamiento integral, a partir de criterios e indicadores de aplicación sectorial relativos a la productividad y los costos **unitarios, así como a la evaluación del im**pacto del gasto en salud.
- La prioridad en la ejecución de los programas en salud pública, que por su naturaleza absorben a la población en general, lo que exige profundizar y precisar las modalidades de participación operativa y financiera de las instituciones de seguridad social y de los gobiernos estatales y municipales.
- El diseño de alternativas técnicas, logísticas y financieras para consolidar y extender la descentralización de los servicios de salud a todas las entidades federativas, que propicien un mejor aprovechamiento de la capacidad y experiencia de las instituciones participantes.
- Se recomienda revisar los esquemas o fórmulas de distribución de aportaciones y subsidios a los estados y municipios considerados en el Sistema de Coordinación Fiscal, buscando que la transferencia de responsabilidades a esos órganos vaya acompañada de un mayor apoyo financiero de la federación y de una mayor asignación de recursos estatales para la salud.
- Las estrategias y modalidades institucionales adoptadas para la racionalización y optimización de recursos, en áreas susceptibles de tratamiento coordinado y conjunto, sin menoscabo de la autonomía patrimonial e institucional, tales como: capacitación, almacenamiento y distribución de insumos, conservación y mantenimiento de instalaciones y equipos, y la contratación y **supervisión de obras, entre otros.**
- La inserción de las acciones de regulación y fomento sanitarios en las políticas de de**sarrollo económico y urbano, en la ecología** y el saneamiento básico, lo que demanda de **un enorme trabajo de modernización y sim**plificación normativa y administrativa, así como de una mayor canalización de recursos.
- El desarrollo de acciones simultáneas y compatibles en materia de fomento industrial y un mayor aprovechamiento de la capacidad de compra del sector público, a efecto de optimizar los recursos disponibles para la adquisición y suministro de insumos y otros bienes para la salud.
- La revisión y el perfeccionamiento de los mecanismos de programación y asignación

de recursos presupuestales, que aseguren suficiencia, oportunidad y vinculación entre los diversos niveles de gobierno.

- La revisión y complementación de los instrumentos de programación intersectoriales y multisectoriales, a fin de potenciar las acciones propias de la salud a través de su vinculación de manera real, sistemática y permanente, con aquellas otras que inciden y condicionan su efectividad.
- La profesionalización en la administración de los servicios, particularmente de los hospitalarios, que absorben los mayores recursos presupuestales.
- El desarrollo intensivo y coordinado de los sistemas institucionales y sectoriales vinculados con la formación y capacitación de recursos humanos, la investigación, la supervisión y la información en salud; todos ellos instrumentos fundamentales del cambio estructural en las instancias operativas de la salud.
- La aplicación intensiva de fórmulas y mecanismos para estimular la participación activa y permanente de la comunidad en la gestión, prestación y financiamiento de los servicios de salud.

Estas consideraciones, de orden general, más que propuestas constituyen reflexiones sobre la necesidad de analizar con profundidad algunos de los retos y las perspectivas que enfrenta la salud. Todo ello para perfilar fórmulas, estrategias, tácticas y acciones en tomo a un propósito superior, que es ahora un mandato constitucional: la creciente efectividad del derecho a la protección de la salud. Por ello, la política nacional de salud tiene un objetivo preciso: consolidar cabalmente en nuestro país un Sistema Nacional de Salud. Su cumplimiento requiere de un enorme esfuerzo de perseverancia, imaginación en el diseño y capacidad en la ejecución. En suma, profundizar y acelerar el cambio estructural que en el campo de la salud se ha iniciado en el presente régimen del presidente Miguel de la Madrid. Cambio estructural que se dirige a revertir tendencias, combatir rezagos, inercias y desigualdades. Asumir nuevas formas en la conducción y en la ejecución de la política de salud, que abatan resistencias y prácticas aún prevalecientes que militan contra el cambio. Cambio que debe hacerse presente y calar en todo servicio de salud, en cada hospital, en cada centro de salud, en la conducta de la comunidad misma. Es un cambio profundo que debe reflejarse tanto en la conducta de los prestadores del servicio como en los usuarios, así como en el manejo de los instrumentos de política, en el uso de las capacidades, en la programación de acciones, en el financiamiento y en la asignación del gasto. Es un cambio que se inscribe en el gran propósito superior de la renovación nacional.

El nuevo marco jurídico de la salud. Un enfoque de modernización

RENE GONZALEZ DE *LA VEGA*

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA LEGISLACION SANITARIA

El artículo 25 de la Sexta Ley Constitucional de 1836, de carácter centralista, es e! primer antecedente en materia de salud; en éste se otorgaba a los ayuntamientos facultades respecto a la "policía de salubridad", posteriormente, en el año de 1843, aparece la materia de "salubridad pública" en e! texto del artículo 134, fracción XI, de las Bases Orgánicas de la República Mexicana.

A pesar de que la Constitución de 1857 no previó que la federación legislara en materia sanitaria, surgieron diversos instrumentos jurídicos y organismos encargados al respecto; es así que e! 15 de julio de 1891 dentro de! régimen de Porfirio Díaz, se expide el primer Código Sanitario, e! cual contemplaba e! funcionamiento de! Consejo Superior de Salubridad que operaba en el Distrito Federal, y que estuvo integrado por 23 comisiones correspondientes a las materias de mayor importancia.

Debido a la necesidad de desarrollar actividades sanitarias en todo el país, en 1908 el ejecutivo federal envía al poder reformador una iniciativa de ley, en la cual se planteaba una reforma a la fracción XXI del artículo 72 de la Carta Magna, con la finalidad de otorgarle facultades para dictar leyes en materia de salubridad general de la República al Congreso de la Unión, la cual se aprobó y fue publicada e! 12 de noviembre de 1908, con anterioridad a esta fecha ya eran tres los Códigos Sanitarios que había tenido el país: el del 15 de julio de 1891, e! de! 10 de septiembre de 1894 y el tercero que en ese entonces se encontraba en vigor, publicado en e! Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1902.

La Constitución de 1917, en el artículo 73,

fracción XVI, otorgó al Congreso de la Unión la facultad de legislar en materia de salubridad general, conteniendo el texto del citado artículo cuatro bases, entre las que destacan la creación del Consejo de Salubridad General y las medidas en contra del alcoholismo y "la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza".

Es hasta 1926 cuando se expide el cuarto Código Sanitario que es abrogado por el que se expide el 20 de agosto de 1943; el sexto Código Sanitario se expide el 31 de diciembre de 1949; el séptimo el 29 de diciembre de 1954, y el octavo y último el 13 de marzo de 1973; es necesario mencionar que bajo la vigencia de todos estos Códigos Sanitarios se expidieron gran cantidad de disposiciones jurídicas, que debido a su cuantía sería muy extenso mencionar.

El acuerdo presidencial del 24 de agosto de 1981 marca un nuevo derrotero en la organización de la salud en México, ya que crea la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, a quien se le encomendó la tarea de determinar los elementos normativos, técnicos, financieros y administrativos, con el fin de dar una cobertura de los servicios públicos de salud a toda la población, integrando dichos servicios en un Sistema Nacional de Salud.

En 1982, el marco jurídico de la salud se integraba con el artículo 73, fracción XVI,.de la Ley suprema; por el Código Sanitario y un cúmulo de disposiciones dispersas que reglamentaban el antecedente inmediato de nuestra Ley General de Salud. Fue en ese mismo año cuando, para en ese entonces era candidato al cargo supremo del país Miguel de la Madrid Hurtado, surge la inquietud de reestructurar el derecho sanitario.

EL PANORAMA ACTUAL. LOS PRIMEROS PASOS DE LA MODERNIZACION JURIDICA DE LA SALUD

En efecto, en octubre de 1982, ya electo presidente, ordenó comparar las alternativas propuestas por la Coordinación de los Servicios de Salud con las inquietudes recogidas en la consulta popular, teniendo como resultado de ello las iniciativas de ley que el ejecutivo sometería al Congreso de la Unión, surgiendo en ese momento la renovación del marco jurídico de la salud, que comienza con los siguientes actos: El 12 de diciembre de 1982 se expidió un decreto presidencial que consolidaba el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, por el que se otorgan facultades para operar la asistencia social y abrogando el de fecha 13 de enero de 1977 que lo creaba.

Como siguiente paso, el 28 de diciembre de 1982 se reforman los articulos 37 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, misma que tiene por objeto dar mayor congruencia a las actividades de las dependencias del ejecutivo federal, saliendo del ámbito de la Secretaría de Salubridad y Asistencia la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente, misma que pasa a depender de la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología; consistiendo en la reforma más trascendental que define en forma clara el sector salud. En efecto, en la ley se establece que corresponde a la SSA la coordinación de todos los servicios de salud de las instituciones del

gobierno federal, si bien para este objeto tuviera que recurrirse a un agrupamiento de programas y funciones. Dándose más tarde la interpretación auténtica de la facultad coordinadora de la salud, señalándose que se confiere a ésta la ingerencia en el proceso de programación y presupuestación de cada institución. Por otro lado, por decreto del ejecutivo de fecha 30 de diciembre de 1982 se reformaron el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley del lMSS y la Ley del lSSSTE.

El Código Sanitario fue reformado en sus artículos 7, 12 Y 13, refiriéndose el primero de ellos a la integración del Consejo de Salubridad General, cuyos miembros son designados y removidos por el presidente de la República; el segundo de ellos encomienda a la Secretaría de Salud la coordinación de las actividades en materia de salubridad general que realicen todas las instituciones del ejecutivo y los demás organismos de carácter público federal; todo ello con objeto de establecer el Sistema Nacional de Salud y obtener la óptima utilización de todos los recursos disponibles.

En cuanto al último de los artículos señalados, establece reformas cuyo objetivo son las de coordinar las actividades sanitarias entre la federación y los estados, estableciendo la posibilidad de celebrar convenios en dicho sentido con la finalidad de consolidar el Sistema Nacional de Salud y con objeto de fortalecer el pacto federal.

Por lo que hace a la Ley del lMSS, ésta se modifica en su artículo 162 con objeto de que el secretario de Salud y el director general del Instituto, fueran siempre consejeros del Estado, presidiendo el último de ellos el Consejo Técnico.

Por último, la Ley del ISSSTE se reforma en su artículo 104, estableciéndose que la Junta Directiva del mismo se integraría con once miembros que serían el secretario de Salud y el director general designado por el presidente de la República, dos nombrados por la Secretaría de Programación y Presupuesto, dos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y cinco por la Federación de Trabajadores al Servicio del Estado, correspondiéndole al ejecutivo federal la designación de quien deba presidirla..

Asimismo, por decreto del ejecutivo de fecha 30 de diciembre de 1982 se reforma el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, restableciendo la Subsecretaría de Planeación a la que se le encomienda la instrumentación de las estrategias para consolidar el Sistema Nacional de Salud y coordinar la acción intersectorial.

LA GARANTIA SOCIAL DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

El avance jurídico más trascendental en materia de salud fue la propuesta del ejecutivo federal al poder reformador de la Constitución, para adicionar el artículo cuarto en su párrafo tercero de la Ley suprema, a fin de contemplar una nueva garantía social que consagrara el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos. Esta reforma fue aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 3 de febrero de 1983, quedando de la siguiente manera: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

La ley definirá las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución". Este nuevo precepto constitucional consigna tres vertientes en su contexto.

Primera, es universal en cuanto a su cobertura, ya que se otorga a todo mexicano sin distinción alguna y no se determina en función de criterio alguno que lo limite.

Segunda, la parte medular de la garantía consiste en el acceso a los servicios de salud, encargando a la Ley General de Salud la de establecer las bases y modalidades de dicha adición.

Tercera, formula el carácter concurrente de la materia de salubridad general, es decir, que la federación y los estados la aplicarán en función de una descentralización y fortalecimiento del pacto federal, estableciendo con ello una "delegación constituyente", ya que deja a la ley la distribución de competencias en lugar de que se haga a la luz del artículo 124 de la propia Constitución, que señala que lo que no está expresamente concedido a la federación queda atribuido a las entidades federativas. La Ley General de Salud, articuladora del derecho' constitucional del derecho a la protección de la salud.

LA LEY GENERAL DE SALUD

Fue a partir de esa base constitucional que el ejecutivo federal envió al Congreso de la Unión una iniciativa, con objeto de reglamentar el derecho constitucional a la protecron de la salud, la cual se le denominó Ley General de Salud y fue aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, entrando en vigor el día 1o. de julio del mismo año. Surge así la nueva ley como un instrumento jurídico, ágil, que sirve como marco de referencia legal a todas las acciones importantes en el campo de la salud, cumpliendo con la misión constitucional de desarrollar todos los aspectos fundamentales de la garantía social en que está sustentada y que son los siguientes:

a. Definir las bases y modalidades al acceso a los servicios de salud, la cual es parte central del derecho a la protección de la salud;
b. Establecer la separación de competencias entre la federación y los estados, toda vez que el derecho de la protección de la salud es de carácter concurrente, y
c. Definir los rubros específicos de la salubridad general, la cual es mencionada en los artículos 40., párrafo tercero y 73, fracción XVI, de la propia Constitución.

Dentro del marco de la Ley General de Salud se establece un Sistema Nacional de Salud, constituido por todas las dependencias de la administración pública tanto federal como local, quedando integradas dentro del mismo las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, estableciendo mecanismos de coordinación y acciones con el objeto de dar cumplimiento a la garantía constitucional, y quedando a

cargo de la Secretaría de Salud la coordinación del mencionado sistema; por otro lado, destaca dentro de la Ley General de Salud la descentralización de los servicios, pretendiendo con ello revertir el proceso centralizador en materia sanitaria y resultando de ello dos puntos primordiales: 1) lograr una verdadera concurrencia entre la federación y los estados, y 2) hacer llegar las decisiones hasta el propio lugar donde se generan los problemas.

Al distribuir las competencias, la Ley General de Salud establece tres tipos de modalidades normativas en el campo sanitario: primera, la salubridad general de competencia exclusiva de la federación, pero que a través de acuerdos y convenios pueden ser operadas por las entidades federativas a nombre y cuenta de la federación; segunda, la salubridad concurrente es aquélla en donde la federación y las entidades federativas manejan determinados rubros de la salubridad general, que son de interés común y que como se ha dicho la ley deslinda para dar atribuciones tanto a los estados como a la federación, y tercera, la salubridad local no está contemplada dentro de la salubridad general y, en virtud de la regla de separación de competencias del artículo 124 constitucional, se atribuye a los estados y a los municipios ejercerla en las materias que el mismo ordenamiento señala en su artículo 115.

De acuerdo a la ley, los servicios de salud se pueden clasificar tomando en cuenta su naturaleza en atención médica, salud pública y asistencia social. Es necesario que los servicios de salud lleguen a extenderse a toda la población, principalmente a las clases más desfavorecidas. Se pretende lograr también el escalonamiento y la regionalización de los servicios.

La propia ley consagra en su texto los siguientes rubros: recursos humanos para la salud, investigación en salud, información para la salud, promoción para la salud, prevención y control de enfermedades y accidentes, programas contra las adicciones, control sanitario de productos y servicios y su publicidad, control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, y la sanidad internacional.

La ley, con visión innovadora, en su contexto destaca entre otros: los procedimientos administrativos que fundamentan su aplicación, los programas contra las adicciones, control sanitario de productos y servicios, así como la vigilancia que ejerce el poder público, estableciendo sanciones administrativas y tipifica delitos en la materia.

REGLAMENTOS DERIVADOS DE LA LEY GENERAL DE SALUD

A las disposiciones reglamentarias emanadas de la nueva ley se les da un sentido práctico e innovador, ya que de una gran cantidad de reglamentos aplicables a los antecedentes de la ley, en ésta se ordenan por materias y reduciendo su número a seis; cinco de los cuales ya han sido publicados y que son:

- El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de sanidad internacional, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de febrero de 1985. Establece la vigilancia y control

por parte de la secretaría a lo largo de costas y fronteras, en apoyo principalmente del sistema de vigilancia epidemiológica.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de febrero de 1985, el eual recoge todos los avances científicos y médicos de la materia.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servícios de atención médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986, en donde se reafirma la atribución coordinadora en la secretaría de las actividades que en materia de salud se involucren los sectores social y privado.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la publicidad, publicado en el Diario Oficial del 26 de septiembre de 1986.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 6 de enero de 1987.

Queda pendiente de publicación el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de actividades, locales y establecimientos, bienes y servicios, con lo que quedará conjuntado el esquema reglamentario del ordenamiento legal ya mencionado.

LAS NORMAS TECNICAS DE LA SALUD

Otro criterio innovador plasmado en la ley consiste en la expedición de normas técnicas por parte de la secretaría, consideradas todas ellas como el conjunto de reglas científicas o tecnológicas de carácter obligatorio, el cual establece los requisitos que deben satisfacerse en la organización y prestación de servicios, así como en el desarrollo de actividades en materia de salubridad general, con el objeto de uniformar principios, criterios, políticas y estrategias. A la fecha, han sido publicadas **cincuenta y nueve normas técnicas, éstas son** instrumentos jurídicos, ágiles y fáciles de renovar, de tal suerte que el avance científico y tecnológico no las rebase y siempre se encuentren actualizadas, con el fin de contar con una regulación que responda al paso de la inventiva y progreso social. Estas dan contenido y solidez a las disposiciones legales y reglamentarias de la salud.

INSTRUMENTACION EJECUTIVA DE LA ESTRUCTURA JURIDICA DE LA SALUD

El ejecutivo federal emite tres acuerdos relacionados con la materia y que es importante mencionarlos; los dos primeros se publicaron en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983, en ellos se crean los Comités Interinstitucionales de Formación de Recursos Humanos para la Salud y de Investigación en Salud.: Estos comités son copresididos por los secretarios de Educación y de Salud, con objeto de buscar alternativas de solución a problemas que atañen a ambas.

Otro acuerdo, publicado el 9 de junio de 1983, da atribuciones al Consejo de Salubridad General para formular el cuadro básico de insumos para la salud; la referencia estratégica para el desarrollo fundamental de una creciente autosuficiencia.

LA PLANEACION EN SALUD

El Programa Nacional de Salud incluye cinco estrategias instrumentales para consolidar el Sistema Nacional de Salud y son: La sectorización, la descentralización, la modernización, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.

La sectorización la integran los programas y funciones del IMSS, ISSSTE y el DDF. El sector comprende dos subsectores: el de los Institutos Nacionales de Salud integrado por Cardiología, Nutrición, Cancelorogía, Neurología y Neurocirugía, Psiquiatría, Pediatría, Perinatología, Enfermedades Respiratorias, y Hospital Infantil de México; contándose con una coordinación de éstos.

La coordinación del otro subsector se encomienda al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, al que le compete la asístencia social y en el que se incluyen el Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Integración Juvenil.

En la actualidad, las entidades federativas elaboran sus leyes estatales en materia de asistencia social.

Por lo que hace a la asistencia privada, vinculada con la asistencia social, se rige por la Ley de Instituciones Privadas para el D.F., habiéndose expedido en 1987 un decreto de reformas y adiciones a la misma, con objeto de actualizarla a las necesidades de la vida moderna, en el mismo caso se encuentran las iniciativas estatales. En materia de descentralización, el ejecutivo federal expidió varios decretos destacando el de 30 de agosto de 1983, por el que establecen las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de nuestra institución. Igualmente con fecha 18 de junio de 1984 expide otro con objeto de asegurar el avance del proceso de descentralización.

Con fecha 8 de marzo de 1984 se expide un tercer decreto, por el cual se descentralizan los servicios de salud que presta la Secretaría de Salud y los proporcionados por IMSS·COPLAMAR; el anterior se complementa con el publicado con fecha 24 de junio de 1985, por el que se crea el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta IMSS·COPLAMAR. En ese mismo sentido, el ejecutivo de la Unión celebra con las entidades federativas el Convenio Unico de Desarrollo, que sirve de marco a las distintas acciones a seguir por la Secretaría de Salud para la descentralización. En base a lo anterior, el secretario del ramo, con fecha 8 de marzo de 1983, dicta un acuerdo por el que se crea la Comisión de Descentralización y Desconcentración de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Dentro de los marcos de los mencionados instrumentos, la Secretaría de Salud ha firmado acuerdos de coordinación para la integración orgánica y descentralización operativa de los servicios de salud, a la fecha con doce estados: Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Sinaloa, Ta-

basco y Tlaxcala. Complementando a éstos, se han firmado otros sobre diversas materias.' Con fecha 29 de agosto de 1984 se publica el acuerdo número 33 del secretario, por el que se desconcentraron facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública de las entidades federativas, con el propósito de darles autonomía.

Con el objeto de contar con una instancia de coordinación para la programación, presupuestación y evaluación de salud pública entre los diferentes niveles de gobierno y al tenor del pacto federal y respeto de soberanías, el ejecutivo creó por acuerdo de fecha 25 de marzo de 1986 el Consejo Nacional de Salud, el cual se integra por el secretario de Salud del gobierno federal y por los titulares de los servicios estatales de salud, con la intervención que corresponda a las Secretarías de Gobernación y Programación y Presupuesto. Los propósitos básicos de este consejo son consolidar el Sistema Nacional de Salud, evaluar los avances del Programa Nacional de Salud en los estados, y fortalecer sus sistemas coordinando los apoyos y la unificación de criterios y prácticas de salud.

Siguiendo la estrategia de la modernización administrativa, surgen cambios estructurales dentro de la organización interna de la Secretaría de Salud, que se ven plasmados en el reglamento interior de la misma, publicado el 19 de agosto de 1985 y reformado el 23 de junio de 1986; cambios que tienen por objeto realizar las atribuciones de la secretaría con la mayor eficacia, estando también acorde al cambio de nombre realizado mediante la reforma a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicada el 21 de enero de 1985, en donde se le denomina Secretaría de Salud, no siendo únicamente un cambio nominal, sino la cima de un cambio estructural profundo que la dependencia ha experimentado.

LA SALUBRIDAD LOCAL Y LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

En el ámbito de las actividades de salubridad local en las entidades federativas, debemos mencionar que a la fecha 24 estados y el Distrito Federal ya cuentan con su ley de la materia, a saber: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Morelos, Tlaxcala, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco; Tamaulipas, Zacatecas y el propio Distritó-Federal. Estas leyes estatales contemplan tanto a las materias de salubridad concurren. te y su desarrollo, esto es, las de interés común para la federación y los estados, así como las de salubridad local y municipal de competencia exclusiva de tales niveles de gobierno. Por otro lado, dichas entidades federativas se encuentran en proceso de expedir tanto reglamentos como normas técnicas en materia de salubridad local, pudiendo afirmar que muy pronto quedará concluido el proceso jurídico en materia de salud de los estados, miembros del pacto federal.

LAS REFORMAS A LA LEY GENERAL DE SALUD DE 1987

El 27 de mayo de 1987, el Diario Oficial de la

Federación publica un decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Tales enmiendas se dieron como fruto de la experiencia en la aplicación de la ley y la necesidad de contar con instrumentos jurídicos actuales propios a las contingencias de la salud de esta época.

Entre las principales reformas debemos mencionar las relativas a la vigilancia epidemiológica del síndrome de inmuno-deficiencia adquirida, a efecto de contener el avance en nuestro país de esta enfermedad denominada el "mal del siglo". A la fecha, se registran importantes avances en esta cuestión con motivo de la aplicación de las reformas, las cuales han rendido sus frutos de una manera ostensible,

A fin de poder ejercer sus atribuciones en el rubro anterior, por parte de la Secretaría de Salud, la ley establece la prohibición tajante de comercializar con la sangre humana, entendiéndose esto como una facultad reservada al Estado.

Otra reforma importante a la leyes aquella que se refiere a la planíficación familiar, con Un especial enfoque hacia los menores y los adolescentes, fijándose ésta como un renglón prioritarío de las cuestiones sanitarias, toda vez que México ha sido un país que ha resentido los efectos de la sobrepoblación y, ante esto, ha emprendido políticas al respecto que a la fecha han mostrado eficacia para controlar dicho problema.

Un aspecto importante de la reforma que mencionamos es el que se refiere a los trasplantes en seres humanos, a efecto de entrar en la completa modernización en este campo de la medicina, permitiendo que los trasplantes se realicen con mayor facilidad y en provecho de todo aquel que lo necesite, en la medida que la decisión personal y, en su defecto, la necesidad social lo determinen.

El fomento sanítario tíene un aspecto relevante en el cuerpo de las reformas mencionadas, a fin de elevar el nivel de vida de los **mexicanos en cuanto a su salud se refiere,** relacionado esto con los mecanismos de prevención y desarrollo sanitaríos que permiten atacar con más eficacia las enfermedades que se presentan entre la población, disminuyendo con ello la necesidad de atención tanto en el primero, como en el segundo y tercer niveles.

A lo anterior contribuye también la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones, el cual se encarga de poner en vigor los programas contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, el tabaquismo y la farmacodependencia, los cuales son redefinídos en las presentes reformas.

Es de tal suerte importante el conjunto de las reformas a la Ley General de Salud de 1987, que nos permitirá consolidar con mayor profundidad las bases del Sistema Nacional de Salud y, con ello, en términos generales, elevar la calidad de la salud de los mexicanos, la cual es un derecho social garantizado por la ley máxima de la nación.

La política de bienestar social y la salud

MARIA DE LOS ANGELES MORENO URIEGAS

1. INTRODUCCION

El proyecto nacional que postula la Constitución General de la República da sustento a los objetivos concretos del desarrollo y tiene su base en las aspiraciones y demandas más sentidas de los mexicanos.

Por esto, la estrategia de avance se ha orientado hacia metas que reafirman la soberanía y la independencia nacionales a partir de una mayor fortaleza interna. El nacionalismo revolucionario, la libertad y la justicia, la democracia como sistema de vida, la economía mixta, la rectoría del Estado, las garantías individuales y los derechos sociales, conforman la plataforma de principios para hacer frente a los problemas inmediatos y para seguir construyendo un país más fuerte en lo económico y más equitativo en lo social.

Avanzar en el camino de una sociedad igualitaria constituye una de las demandas permanentes de la colectividad nacional. Por ello, el Plan Nacional de Desarrollo establece que "El hombre, esto es, cada uno de los mexicanos en igualdad de circunstancias, es el fin último del proyecto nacional y de la estrategia de desarrollo integral". Mejorar el bienestar social sólo es posible bajo el concepto de igualdad: igualdad de oportunidades, en la distribución de la riqueza, en las obligaciones individuales y sociales, en la impartición de justicia y en el goce de libertades.

En suma, la igualdad económica y social en la justicia y la libertad es la esencia misma de los propósitos nacionales.

El sustento jurídico de varios de los más importantes elementos del bienestar social está inscrito en la Constitución Política de la nación, que establece el derecho al trabajo como medio de acceder a un ingreso suñeiente para satisfacer las necesidades básicas del trabajador y su familia, el derecho a la educa-

ción y la capacitación que facilita un despliegue armónico de las facultades del hombre y su intervención en la transformación de su entorno; el derecho a la salud, elemento necesario para alcanzar una vida plena, el derecho a una vivienda decorosa para elevar la condición de vida de la familia, y el derecho a la justicia y a la participación política que enmarca las condiciones necesarias para la convivencia humana en un sistema de dignidad y respeto.

En este contexto de clara definición de principios y bases jurídicas que buscan establecer relaciones sociales armónicas, se conjugan objetivos, metas y lineamientos estratégicos para conseguirlos a partir de un reconocimiento claro de los problemas nacionales. Así surge el Plan Nacional de Desarrollo, que permite ordenar las acciones de gobierno e inducir la participación de los demás sectores para encauzarlas hacia la consecución de los propósitos de cambio positivo del país.

Las orientaciones del plan no son sólo una respuesta a los problemas más inmediatos, sino el punto de partida de un crecimiento económico cualitativamente distinto, que implica un mayor equilibrio y permanencia; pero, sobre todo, la garantía de niveles de bienestar generalizados y crecientes.

Este aserto se refleja en la expresión del gran propósito nacional de "Mantener y reforzar la independencia de la nación, para la construcción de una sociedad que bajo los principios del Estado de Derecho, garantice libertades individuales y colectivas en un sistema integral de democracia y en condiciones de justicia social. Para ello requerimos de una mayor fortaleza interna: de la economía nacional, a través de la recuperación del crecimiento sostenido, que permita generar empleos requeridos por la población en un medio de vida digno, y de la sociedad, a través de una mejor distribución del ingreso entre familias y regiones y el continuo perfeccionamiento del régimen democrático" [1]

El planteamiento de este propósito no desconoce las dificultades de la realidad social y económica actual. Por el contrario, las advierte y las analiza en su justa dimensión, con objeto de proponer alternativas viables de solución de corto y mediano plazos.

2. LAS ESTRATEGIAS ECONOMICAS y EL BIENESTAR EN EL CORTO Y MEDIANO PLAZOS

Nuestro país ha vivido en los últimos años una de las peores crisis económicas de su historia, lo cual ha dificultado el cumplimiento de objetivos de recuperación del crecimiento, de estabilidad económica y, sobre todo, de mayor bienestar social.

Los retos enfrentados en los diferentes órdenes del quehacer nacional han obligado, a partir de un diagnóstico profundo de los problemas del país y de un amplio proceso de discusión, participación y diálogo, a trazar las adecuaciones a la política económica que la coyuntura ha exigido, procurando siempre tener a la vista la imagen buscada para el país a largo plazo.

Esta no ha sido una tarea sencilla ante una realidad socioeconómica cada vez más densa y múltiple en lo interno y la vinculación con un contexto internacional altamente complejo.

[1] *Plan Nacional de Desarrollo*, P. 107.

La respuesta a la magnitud y características de los retos planteados dio origen al Programa Inmediato de Reordenación Económica, vígente entre 1983 y 1985; a la política de contención frente al "choque" petrolero, instrumentada durante 1986, al Programa de Aliento y Crecimiento, aplicable en el bienio 1987-1988. Los tres fueron configurados para una situación coyuntural cambiante, pero dentro de la misma estrategia económica señalada en el Plan Nacional de Desarrollo: proteger la planta productiva y el empleo; garantizar el acceso a los servicios educativos y de salud que demanda la población, y propiciar la obtención de alimentos adecuados y viviendas decorosas para el núcleo familiar. Todo ello buscando revertir los efectos negativos de la crisis reciente y combatir, paulatinamente, los rezagos que en materia de bienestar social se generaron ante las características del rápido proceso de industrialización y urbanización que vivió el país en años anteriores.

Así, el Plan Nacional de Desarrollo sostiene la aplicación paralela de dos estrategias que, simultáneamente, permiten hacer frente a la crisis y progresar en la superación de los problemas estructurales que aseguran avanzar hacia el desarrollo social y resolver los orígenes y no sólo los efectos de la crisis.

La instrumentación de las estrategias señaladas y sus orientaciones dirigidas al incremento y permanencia del bienestar para la gran población del país se amplían y toman cuerpo en la política social, que se traduce en programas a mediano y corto plazos que, a su vez, establecen los criterios, propósitos, acciones y recursos para satisfacer los objetivos propuestos.

3. LA SALUD EN LA POLITICA DE BIENESTAR

Dentro de la política social destaca el lineamiento de atención integral a la salud, como factor imprescindible para el bienestar, en primer lugar, y como condición para Una participación plena y productiva del ser humano en cualquier actividad económica o social, en segundo término.

Aquí, cabe recordar que la salud no es un elemento aislado, sino que se vincula, depende y, a la vez, determina otros aspectos del bienestar como son la alimentación, el vestido, la vivienda, su entorno y la educación.

En materia de salud, la política establece que la atención se orientará a lograr una cobertura nacional de los servicios, que mejore el nivel de salud de la población, contribuir a un crecimiento demográfico más racional y promover la protección social para incrementar el bienestar de la población de escasos **recursos.**

Esta orientación se sustenta en seis áreas básicas: acciones preventivas, reorganización y modernización de los servicios de salud, consolidación del sistema de salud, reestructuración de la asistencia social, formación y capacitación de recursos humanos e investigación.

Así, se plantea mejorar las condiciones de salubridad del país e impulsar preferentemente la acción preventiva, así como consolidar un sistema integral, y desconcentrar y descentralizar los servicios de salud. Todo ello, contemplando criterios específicos para incrementar la productividad y la eficiencia en la asignación y uso de los recursos.

Con respecto a la seguridad social, los lineamientos se encauzan a promover que la totalidad de los trabajadores, bajo una relación laboral formal, se incorporen al sistema; a fomentar el mejoramiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo, y ampliar la cobertura de los servicios.

El gobierno nacional, al configurar la política de salud vigente, partió del reconocimiento de los factores que determinan los niveles de salud y enfermedad en nuestra sociedad.

Para esto, se hizo necesario analizar hechos estructurales económicos y sociales conjugados con características bioecológicas, y de considerar el proceso de cambio social y los patrones socioculturales derivados de éste. Con base en ello, marcó la pauta para traducir propuestas en planteamientos concretos y en acciones realistas. La aplicación de ellas está, necesariamente, sujeta a la flexibilidad que los cambios impongan en la realidad y la identificación de las tareas más urgentes.

El diseño de la política, por tanto, reconoció avances logrados anteriormente, pero también la ineficiencia e ineficacia de algunas acciones emprendidas, y las carencias y desigualdades en el otorgamiento de los servicios.

A partir de lo anterior, se propuso como finalidad garantizar la cobertura y acceso universales con altos índices de calidad en los servicios otsrgados, así como avances hacia un Sistema Nacional de Salud.

A la satisfacción de este objetivo es indispensable que concurran todos los sectores de la sociedad y no sólo el gobierno; el esfuerzo planteado mide claramente el propósito irreversible de lograr un crecimiento armónico, que contribuye en la lucha contra la desigualdad.

Sin embargo, debe aceptarse que la solución a la problemática de los desequilibrios sociales en general y de salud en particular, aún está lejos de encontrarse y que es más difícil en épocas de crisis, en las que se agudizan los daños correspondientes a la esfera sanitaria, a pesar del enfoque estratégico que se ha propuesto para enfrentar la problemática estructural en la materia.

La nueva concepción que el Estado mexicano tiene sobre la atención de la salud se refleja en la introducción del *derecho* a *la protección de* la *salud,* en el artículo 40. Constitucional; así como en la expedición de la Ley General de Salud y otros ordenamientos igualmente importantes en la materia, que han operado cambios de fondo en la gestión y organización de los organismos gubernamentales responsables de la prestación de estos servicios.

La Ley General de Salud, vigente desde julio de 1984, establece como objetivos precisos definir la naturaleza del derecho a la protección de la salud y establecer las bases legales del Sistema Nacional de Salud, mecanismo de coordinación de las dependencias y entidades interactuales en el campo, y de concertación con los sectores social y privado.

Objeto fundamental de la ley lo es también sentar las bases y modalidades para el acceso a los servicios sanitario-asistenciales, así como el de dar impulso a la descentralización, a través de la asignación de competencias en materia de salubridad general, a los ámbitos federal y estatal.

Conforme a este marco legal, compete a la Secretaria de Salud (SSA) coordinar, ordenar y articular los elementos que conforman el

Sistema Nacional de Salud, así como poner en marcha y fortalecer los mecanismos de coordinación y concertación de acciones con los gobiernos de los estados y con los sectores social y privado, a fin de racionalizar el uso de los recursos existentes, ampliar la cobertura de los servicios y homogeneizar su calidad básica, para dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Asimismo, en el marco del Sistema Nacional de Planeación Democrática, corresponde a la Secretaría de Salud, en su carácter de coordinadora sectorial, formular el Programa Nacional de Salud 1984-1988 con la participación de las entidades integrales del sistema y los sectores sociales. El programa incorpora los propósitos que en la materia contempla el Plan Nacional de Desarrollo y precisa las acciones que en la vertiente obligatoria de la planeación corresponden a la propia SSA y entidades paraestatales del sector, reconociendo la autonomía que poseen conforme a sus regímenes orgánicos.

El programa de mediano plazo facilita racionalidad y consistencia de las acciones a cargo de la administración pública federal en el campo de la salud. Se instrumenta a través de programas-presupuesto anuales y de convenios de coordinación con estados y municipios, así como de concertación con los diferentes grupos de la sociedad.

La planeación general y financiera para la atención de la salud y la seguridad social se da en un contexto global, para cuya debida **instrumentación se cuenta con sistemas y** mecanismos explícitos. No obstante, aún se requiere un análisis más riguroso y conjunto de las necesidades actuales y de las prioridades y acciones futuras, que puedan resolverse a través de mejores fórmulas de coordinación y conjugación de recursos institucionales.

Es un hecho que aún se observa heterogeneidad en la cobertura médico-asistencial, derivada de dos modelos de atención imperantes: uno a población abierta y otro destinado al núcleo con una relación formal de trabajo y sus familiares; asimismo, se aprecian desequilibrios regionales en el tipo y calidad de los servicios de salud, insuficiente disponibilidad de recursos financieros e inequitativa distribución de los mismos, diferenciales en productividad de las entidades que conforman el sector. Estos son algunos de los elementos que han impulsado a buscar una solución conjunta y estructural a los problemas que genera la demanda de una atención médica cada vez más amplia y mejor en el país.

Los importantes avances cualitativos y cuantitativos alcanzados en los últimos años dejan ver, por un lado, que se ha logrado mayor productividad y más amplia participación y compromiso de los tres niveles de gobierno y de los sectores de la sociedad. Por otro lado, permiten apreciar que se requiere efectuar un análisis más profundo en relación a lo no alcanzado y buscar nuevas modalidades que permitan corregir las desviaciones y enfrentar **mayores retos.**

En este contexto, la política actual ha trabajado en la integración de un Sistema Nacíonal de Salud, que pretende coordinar mejor las acciones de la administración pública con criterios de selectividad, racionalidad y eficacia. Además, pone particular énfasis en la participación activa y comprometida de la

ciudadanía, para que colabore en el cuidado y mejoramiento de su salud.

Como resultado de estos esfuerzos se ha incrementado la cobertura en más de 10 millones de habitantes y se ha abatido la tasa de mortalidad general (de 5.79 a 5.49 defunciones por cada 1,000 habitantes) y la mortalidad infantil (de 33.69 a 30.93 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos).

Una estrategia impulsada con gran energía ha sido la descentralización de los servicios de salud, que con la transferencia a los estados de los recursos, facultades y funciones de las instituciones federales, pretende dar mayor cobertura, calidad y eficacia a los requerimientos de la población local.

Como un dato especial que remarca la prioridad y preocupación por la salud, cabe destacar que entre septiembre de 1985 y mayo de 1987 se realizó un esfuerzo excepcional, que permitió reconstruir y rehabilitar la infraestructura hospitalaria en cerca de 5,000 camas, que representan la reposición de más del 78 por ciento de la infraestructura perdida 11 consecuencia de los sismos de 1985.

4. ALGUNAS PERSPECTIVAS Y PROPUESTAS

A la luz de lo anteriormente anotado, es evidente que aunque son palpables los avances, es indispensable reforzar las acciones dirigidas a ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios, con el fin de proteger, en el menor tiempo posible, a la totalidad de la población.

En tal sentido, resulta imperiosa la consolidación del Sistema Nacional de Salud, a fin de que todas las acciones de las diversas instituciones vinculadas con el sector, así como la colaboración de los gobiernos estatales y municipales, converjan a ese fin con criterios de eficiencia y eficacia.

Igualmente, será necesario seguir fortaleciendo la atención primaria integral, privilegiando las acciones preventivas, educativas y asistenciales, y el fomento del autocuidado de la salud y de la preservación y la conservación de condiciones sanitarias y ambientales adecuadas.

En infraestructura se considera relevante, más que una ampliación física, que también deberá preverse cuidadosamente, su reordenación, así como un mejor aprovechamiento, conservación y mantenimiento de las instalaciones y equipo existentes.

Relacionado con esta idea, será útil ampliar los mecanismos de subrogación institucional y mejorar los sistemas de referencia y contrareferencia de pacientes, con el fin de utilizar óptimamente la infraestructura hospitalaria nacional.

Por otra parte, se estima conveniente continuar, desarrollar y perfeccionar la modalidad de atención familiar, sobre todo en el medio rural, a fin de conocer la problemática integral de la población y de impulsar la participación activa de la comunidad.

En cuanto a la descentralización de los servicios de salud a población abierta, es indudable que su operación y resultados deberán consolidarse en los doce estados donde se ha llevado a cabo este proceso. Además, deberán aprovecharse sus experiencias para promoverla en otras entidades federativas y para mejorar los resultados, entre otras formas, a través

de revisar los mecanismos de programaclOn regional y sectorial, y de reubicar y vincular recursos y establecimientos de atención, dotándolos de la funcionalidad, características **y recursos más idóneos.**

Bajo este tenor y a efecto de consolidar los diversos tópicos abordados para mejorar los servicios, durante los próximos años se deberá efectuar la integración orgánica y la entrega de servicios a las entidades federativas faltantes en el proceso de descentralización. Ello significa no sólo concertar una planeación financiera sectorial y regional más equitativa, el perfeccionamiento de las técnicas de programación y de asignación de recursos canalizados hacia las prioridades coincidentes en los niveles federal, estatal, municipal y derivados de la demanda social; sino, además, la adecuación de la infraestructura y la participación en el cofinanciamiento.

Asimismo y en tanto no se logre la cabal descentralización, se deberá actuar a través de la coordinación programática destinada a aproximar los programas y servicios, trátese del IMSS-COPLAMAR o los Servicios Coordinados de Salud Pública, así como el establecimiento de los servicios estatales de salud, mismos que deberán garantizar:

- La coordinación estatal de las diversas instituciones que operan los servicios de salud.
- La formulación e instrumentación del programa estatal respectivo.
- La actualización legislativa en la materia.
- La operacionalización de un modelo único de atención.
- La participación comunitaria.

Adicionalmente o en forma paralela a lo anterior, se tendrá que instrumentar el Sistema Nacional de Regulación, Control y Fomento Sanitarios. La trascendencia de este quehacer **obliga a establecer parámetros en cuanto a la** asignación de competencias, reorganización de las funciones, estructuras y recursos de los servicios coordinados, así como la desconcentración sanitaria. Con ello se estará dando un paso de vital importancia para controlar adecuadamente todos los establecimientos dedicados a la preparación y venta de alimentos y bebidas, incidiendo favorablemente sobre la principal causa de padecimientos gastrointestinales.

Por su parte, la estrategia de los días nacionales de salud ha mostrado un camino efectivo para reducir el número de casos de parálisis por polio. Una estrategia similar para otras enfermedades infecto-contagiosas seguramente coadyuvará a abatir la incidencia de esos padecimientos y, con ello, propiciar mejores condiciones para todos.

En fin, existe una variedad de acciones por realizar para combatir hábitos, costumbres y factores socioculturales adversos a la salud, de manera muy especial los relacionados con deficiencias nutricionales ocasionadas, fundamentalmente, por falta de orientación alimentaria e ingresos insuficientes para asegurar una dieta adecuada.

Asimismo, hace falta informar y encauzar a los núcleos rurales dispersos y urbanos marginados para que aprovechen la infraestructura del primer nivel, así como reforzar las medidas que combatan el ascenso continuo del consumo de drogas, alcohol, marihuana e inhalantes, sobre todo entre la población joven,

cuyos efectos producen problemas sociales de marcada trascendencia.

En estos puntos es recomendable una participación más amplia de las instituciones de seguridad social, dado que los programas de salud pública se aplican a todos los ciudadanos, derechohahientes o no, y es el esfuerzo conjunto el que permitirá un avance más rápido hacia los objetivos generales trazados.

Por otra parte, con el propósito de alcanzar mayor eficacia y menor costo, será conveniente intensificar las actividades que permitan homogeneizar desde el proyecto, instalaciones, espacios y equipos hasta los recursos humanos y medicamentos, para instalaciones tipo que presten servicios análogos.

De igual manera, será útil consolidar los programas de cuadros básicos de insumos, con objeto de racionalizar y maximizar su uso y asegurar la disponibilidad oportuna de los esenciales en calidad y cantidad.

Por último y como base insustituible del conjunto, es indispensable impulsar, dentro de las instituciones del sector salud y en los diversos centros de enseñanza y de investigación, programas de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos, adecuándolos a las necesidades y prioridades del Sistema Nacional de Salud.

En síntesis, la planeación, en una etapa más afinada y de mayor acercamiento a los niveles actuales de eficiencia y eficacia en el uso de recursos y en los servicios proporcionados, deberá considerar indicadores que sean norma nacional para encauzar acciones y decisiones que aseguren un proceso continuo de mejoramiento.

Garantizar servicios con cobertura plena y calidad homogénea a una población nacional que hoyes de 85 millones y sólo 13 años adelante será de más de 100, es el reto para el futuro próximo del sector salud.

Modelo y ejecuci6n de la descentralizaci6n de los servicios de salud

¡ORGE ESPINOSA **FERNANDEZ**

La descentralización de los servicios de salud es una estrategia y una decisión del gobierno para la transformación de las estructuras de los servicios y para coadyuvar al compromiso político de avanzar en un cambio estructural del país. Por ello, se presenta enmarcada tanto en las políticas nacionales de desarrollo como en el propósito de constituir un Sistema Nacional de Salud. Esto ha significado para el proyecto de descentralización, pasar a formar parte de un elemento fundamental en la estrategia de modernización sanitaria, tanto de orden político y administrativo como de salud en sentido estricto.

La anterior caracterización de la descentralización en las políticas nacionales de desarrollo y en las estrategias del Programa Nacional de Salud constituye la primera etapa general del proceso.

Tomadas dichas determinaciones de orden político y de programación global se pasó a una fase de contenido jurídico, cuyos resultados más sobresalientes han sido la determinación, por parte del constituyente pero manente, del carácter concurrente de la salubridad general y la asignación de competencias a los municipios en forma universal en materia de mercados y centrales de abasto, panteones, rastros, agua potable y alcantariliado, aspectos fundamentales de saneamiento básico en materia de salud pública; la expedición de la Ley General de Salud que distribuye competencias entre gobiernos federal y estatales en materia de salubridad general y la expedición de leyes estatales de salud que reglamentan la salubridad local.

La descentralización de los servicios de salud a población abierta ha sido un proceso eminentemente creativo, que ha descansado no solamente en bases programáticas, sino de oportunidad en el aprovechamiento de instrumentos de diversa índole para superar

la etapa de los propósitos y así acceder a la definición de fórmulas, características y modalidades que en el ejercicio de pragmatismo y de apoyo en disposiciones jurídicas expresas, han permitido llevar a la realidad esta estrategia del Programa Nacional de Salud. Por consiguiente, la definición de lo que se ha llamado "modelo de descentralización de los servicios de salud a población abierta", viene a constituir la tercera etapa general en que se ha desenvuelto el proyecto.

A este respecto, conviene destacar la expedición de dos decretos presidenciales; uno que establece las bases para la desconcentración y descentralización de los servicios de salud a cargo de la ahora Secretaría de Salud, y otro que establece bases para la descentralización de los servicios federales de atención a población abierta en los estados, es decir, de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y del Programa de Solidaridad Social por participación comunitaria denominado Programa IMSS-COPLAMAR, admmistrado este último por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Aparejado a estos decretos se presenta un intenso trabajo de concertación de las Características de la descentralización y de la consecuente integración de servicios para población abierta en la esfera sectorial (SSA-IMSS), en relación a las dependencias globalizadoras del gobierno federal (SSA-SPP-SECOGEF-SEDUE), con las organizaciones de trabajadores de la propia dependencia (SSA-SNTSA), y con los gobiernos de los estados receptores de competencias, recursos y responsabilidades en materia de salud.

10 anterior y el establecimiento de una coordinación general del programa de descentralización, a cargo del subsecretario de Planeación, permitió en cada uno de esos ámbitos la obtención de definiciones precisas acerca del alcance y contenido del proceso de descentralización. A este respecto conviene destacar las siguientes relaciones.

SSA-IMSS

En el Comité de Descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta se establecieron ocho grupos interinstitucionales de trabajo, que permitieron la unificación de criterios para la integración orgánica y descentralización del Programa IMSS-COPLA·MAR en sus aspectos laborales, patrimoniales, financieros, de recursos humanos en formación, además de analizar lo relativo al sistema de conservación y mantenimiento, abastecimiento, información y el modelo de atención a la salud para población abierta.

SSA·SPP·SECOGEF-SEDUE

En estas instancias se analizaron las políticas y criterios propuestos para hacer efectiva la descentralización, destacando los siguientes aspectos: definición de la administración financiera descentralizada por la vía de subsidio y transferencia patrimonial en uso gratuito.

SSA-SNTSA

En este renglón, de especial importancia toda vez que la descentralización no podría conllevar afectación alguna de los derechos labora. les de los trabajadores, se conciliaron y regia-

traron nuevas condiciones generales de trabajo que incorporan la descentralización de las facultades patronales.

SSA-ESTADOS

Por la vía del diálogo y de la suscripción del Convenio Unico de Desarrollo, se establecieron las bases para que en cada entidad federativa quedara establecido el propósito de la descentralización de los servicios de salud, como una política conjunta en un capítulo especial de dichos convenios.

Con lo anterior quedaron definidos los elementos del modelo de descentralización y, en particular, su casuismo, gradualismo y los elementos competenciales, administrativos, patrimoniales, laborales, financieros y logísticos del proyecto.

En congruencia con lo anterior resultan las siguientes características y elementos fundamentales del modelo de descentralización:

Competencial: Se descentraliza la atención médica, la salud pública y el control sanitario en materia de salubridad general concurrente y excepcionalmente en materias exclusivamente reservadas a la federación.

Administrativo: Cada estado crea, conforme a sus condiciones políticas y administrativas, las estructuras de carácter centralizado o de naturaleza paraestatal que asumen la gestión de los servicios de salud en sustitución de las agencias federales en la materia (servicios coordinados y Programa IMSS-COPLAMAR).

Patrimonial: La infraestructura federal se destina en uso gratuito a los servicios estatales de salud.

Laboral: Los trabajadores quedan protegidos por el apartado B del artículo 123 constitucional, y el ejercicio de las facultades patronales se descentraliza conforme a las condiciones generales de trabajo de la Secretaría de Salud y a los acuerdos de coordinación que se suscriban.

Financiero: Los servicios estatales de salud operan con aportaciones estatales y subsidio federal autorizado por la Secretaría de Programación y Presupuesto, y por conducto de la Secretaría de Salud.

Logístico: La Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el gobierno del estado apoyan la operación de los servicios estatales de salud, para evitar deterioros en los servicios integrados y descentralizados, así como para procurar su mejoramiento.

Casuismo: El proceso de descentralización se ajusta a las características particulares de cada estado.

Gradualismo: El proceso de instrumentación se desarrolla en dos etapas sucesivas. La primera etapa, denominada de coordinación programática, consiste en el acercamiento de las instituciones de salud bajo la gestión de los gobiernos de los estados, para aproximar los sistemas operativos de los servicios de salud, evitar innecesarias y onerosas duplicaciones y contradicciones, y asegurar complementariedad y apoyo recíproco entre los niveles y áreas operativas y administrativas.

La segunda etapa, calificada como de integración orgánica y descentralización operativa, consiste en la fusión de los Servicios Coordinados de Salud Pública y del Programa IMSS-COPLAMAR, para constituir los serví-

cios estatales de salud como organizaciones o dependencias de los gobiernos de los estados, con el propósito de prestar servicios médicos a población abierta, servicios de salud pública a toda la población y ejercer el control sanitario, así como conformar y desarrollar sistemas estatales de salud con la participación que corresponde a los municipios y a los sectores social y privado involucrados.

De esta manera, se desprenden las siguientes políticas y estrategias para la segunda etapa del proceso, es decir, para la entrega de los servicios a los gobiernos de los estados:

Integración de los servicios de la Secretaría de Salud e IMSS-COPLAMAR de la entidad en una dependencia estatal.

Configuración de un solo sistema estatal de salud.

Evitar deterioros en la calidad de los servicios y procurar su mejoramiento y la ampliación de cobertura.

Consolidar a la Secretaría de Salud como coordinadora del Sistema Nacional de Salud.

Operación de los servicios bajo un solo modelo de atención a la salud con características técnicas y recursos uniformes.

Respeto total a los derechos individuales y colectivos de los trabajadores.

Aprovechar la capacidad técnica del IMSS.

Reforzamiento del nivel normativo de la SSA.

Brindar apoyo logístico a los servicios estatales de salud por parte de la Secretaría de Salud, del 1MSS y del propio gobierno del estado.

Responsabilidad de los gobiernos de los estados en la operación de los servicios.

Celebración de acuerdos y convenios específicos que se requieran para orientar la consolidación de la descentralización.

La instrumentación o ejecución constituye otra fase general del proceso de descentralización, consistente en la puesta en práctica de las políticas y estrategias del proyecto, conforme a los elementos del modelo definido. Conviene destacar el elemento gradual y de previsión en los preparativos para acceder a la ejecución del proceso en las entidades federativas, señalando de manera destacada los siguientes renglones de preparación para la integración orgánica y descentralización operativa:

Desconcentración formal de los Servicios Coordinados de Salud Pública, delegación de facultades y estructuración orgánica básica homogénea de los mismos.

Coordinación programática de los Servicios Coordinados de Salud Pública y del Programa IMSS-COPLAMAR, en la que destaca la formulación del programa estatal de salud y la instalación de órganos colegiados de gobierno de esas oficinas en los estados.

Suscripción del Convenio Unico de Desarrollo y de acuerdos de coordinación para el establecimiento del programa de descentralización en cada entidad federativa, concertándose con precisión las

facultades de los ejecutivos estatales respecto de los servicios de salud.

Descentralización, mediante acuerdos de coordinación, de la ejecución de obras públicas en unidades de servicios de salud con recursos presupuestales de la Secretaría de Salud, complementados con aportaciones estatales para rehabilitar la infraestructura física de servicios.

Impulso a la disposición de legislación local en materia de salud en cada una de las entidades federativas.

De conformidad con el decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 8 de marzo de 1984, el objetivo de instrumentación propuesto señalaba la conclusión del proceso en las 31 entidades federativas al término de 1986. La crisis económica ha generado restricciones financieras tanto en el gobierno federal como en los gobiernos estatales, lo que ha hecho necesario que la Secretaría de Salud revise los ritmos y tiempos de instrumentación, de tal manera que el proceso de descentralización se lleve a cabo cumpliendo en cada entidad federativa los propósitos y compromisos que conlleva en un esfuerzo de mejoramiento y, por tanto, no solamente de evitar deterioros en la infraestructura de servicios y en las condiciones de salud.

Durante 1985 se llevó a cabo la integración orgánica y descentralización operativa en nueve estados y, en 1986, en otros tres estados. Lo anterior significa los siguientes resultados y dimensionamientos:

Los doce estados cubren el 40 por ciento del total de la población abierta en las 31 entidades federativas.

Del presupuesto 1986 se asignaron subsidios por 65 mil millones de pesos, equivalentes al 49 por ciento del presupuesto disponible para el interior de la República.

Operan 4,650 unidades de primer nivel de atención, que corresponden al 34 por ciento de la infraestructura disponible de este tipo.

Cuentan con 2,928 camas hospitalarias de segundo nivel, equivalentes al 40 por ciento y con 2,140 camas de hospitales especializados de tercer nivel, incluyendo servicios psiquiátricos, correspondientes al 85 por ciento de los recursos existentes.

Tienen adscritos a 39,639 trabajadores, es decir, el 45 por ciento de la fuerza laboral en los estados, habiéndose incorporado voluntariamente a los servicios estatales de salud el 94 por ciento de los trabajadores del abora extinto Programa IMSS-COPLAMAR en los doce estados.

En su conjunto, lo transferido equivale al 50 por ciento de los recursos y servicios con que se cuenta para la atención de la población abierta en los 31 estados de la República. Los doce estados son los siguientes: Baja California Sur. Colima. Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Sonora, Tabasco y TIaxcala.

La descentralización de los servicios de

salud se hace efectiva en un conjunto programado y sistemático de acciones que tienen como propósito, entre otros, fortalecer el pacto federal, por lo cual tiende a revertir el proceso centralizador que se configuró históricamente ante la dinámica de la administración pública federal y la retracción progresiva del ámbito competencial y de la iniciativa local en materia de salud.

La instrumentación del proceso de descentralización se ha desarrollado en un marco jurídico que comprende tanto una vía legal como otra de tipo convencional, favoreciendo las posibilidades de su ejecución y permitiendo gradualidad para sentar las bases del mejoramiento en la calidad de los servicios y superar rezagos históricos en su administración,

Conviene exponer algunas precisiones en cuanto a la integración orgánica y descentralización operativa de los servicios de salud a población abierta. En esta etapa se distinguen dos fases fundamentales. La primera corresponde a la pceparacíón de los elementos indispensables para la integración orgánica, extinción de las agencias federales y entrega de los servicios a población abierta en cada uno de los estados que se han incorporado a este proceso. La segunda fase corresponde a un periodo de transitoriedad para culminar la fusión de los dos sistemas de servicios para población abierta y a la consolidación de su operación descentralizada. Lo anterior da lugar a un proceso programado de reforzamiento y de consolidación de los servicios descentralizados, mismo que recoge los adelantos logrados en la etapa de coordinación programática y que se orienta a hacer efectivos los elementos normativos diseñados para los servicios integrados o unificados.

Asimismo, el programa de descentralización de los servicios de salud previene que éste no se circunscribirá a la transferencia de facultades, recursos y programas de la federación a los estados, sino que deberá procurarse la descentralización de los estados a sus **municipios.**

Otro de los criterios rectores del programa de descentralización establece que la instrumentación del mismo debe obedecer a las características particulares de las entidades federativas, a fin de que se ajuste a sus condiciones políticas, jurídicas y administrativas, por lo que la federación y las autoridades estatales convienen el compromiso del gobierno del estado de constituir, legal y operativamente, estructuras administrativas que operen los servicios federales y estatales que se entregan a su responsabilidad.

Esas estructuras administrativas adoptan la forma jurídica que convenga al gobierno del estado en cada caso y, de conformidad con la Ley General de Salud y con la ley estatal de salud respectiva, pueden tener personalidad jurídica y patrimonio propio, así como facultades de autoridad.

Debido a las peculiaridades de cada entidad federativa, estas estructuras administrativas, denominadas genéricamente "servícios estatales de salud", prestan atención a la población abierta y tienen variantes de una entidad a otra.

Esto es, en el marco de la vertiente de coordinación, definida por el Sistema Nacional de Planeación Democrática como una fórmula respetuosa de la soberanía de los estados

que pretende la unificación de orientaciones para el desarrollo a través de planes, programas y acciones, la federación y los gobiernos de los estados concertan las bases a que se sujeta la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud a población abierta, y los gobiernos de los estados definen las características y responsabilidades de la estructura administrativa encargada de la prestación de los servicios descentralizados.

En este marco se realiza la negociación y celebración de un Acuerdo de coordinación para la integración orgánica y descentralización operativa de los servicios de salud a población abierta y a partir de éste se suscriben acuerdos y convenios de coordinación en materias específicas, como son para la descentralización del control y la regulación sanitaria, para definir apoyos logísticos, para la formación de recursos humanos para la salud, para definir el sistema de cuotas de recuperación o contraprestación a los servicios, así como para la instrumentación de programas específicos de salud, como son los de lucha contra la farmacodependencia, el alcoholismo y el tabaquismo, entre otros.

Para la ejecución del proceso de descentralización, la Secretaría de Salud pone a disposición de los gobiernos de los estados, en uso gratuito, los bienes muebles e inmuebles con que cuentan las unidades administrativas y aplicativas de la Secretaría de Salud y del Programa IMSS-COPLAMAR en la entidad correspondiente, sujetándose a la Ley General de Bienes Nacionales y demás disposiciones legales aplicables.

Por lo que se refiere a la transferencia de recursos humanos, ésta se debe realizar respetando los derechos laborales adquiridos. El régimen laboral aplicable se sustenta en el artículo 123, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley Federal de Trabajadores al Servicio del Estado, en la Ley del ISSSTE y en las condiciones generales de trabajo de la Secretaría de Salud. Por ende, continúa la relación laboral de los trabajadores con la Secretaría de Salud y su afiliación al Sindicato Nacional de Trabajadores de la SSA.

La Ley General de Salud establece que tanto la federación como los gobiernos de los estados aportarán los recursos necesarios para la operación de los servicios de salud. Por ello, los servicios estatales de salud reciben de las diferentes instancias de gobierno los recursos financieros, distribuyéndolos internamente de acuerdo a los programas y proyectos preestablecidos, teniendo la obligación de informar periódicamente sobre los avances y resultados alcanzados en el ejercicio presupuestal y en los programas de acuerdo a un sistema de información.

En la transferencia de programas y servicios, el gobierno federal, por conducto de la Secretaría de Salud, se constituye en una instancia normativa, de evaluación y supervisión; tiene a su cargo la acción extraordinaria en materia de salubridad general y emite las políticas y procedimientos de planeación, programación y presupuestación.

A su vez, el gobierno del estado es responsable de coordinar el sistema estatal de salud, operar los servicios de salubridad general-concurrente con apego a la normativa técnica establecida por la Secretaría de Salud, y los

servicios de salubridad local conforme lo señalen las leyes estatales de salud.

En suma, la descentralización de los servicios de salud permite la constitución de los servicios estatales de salud con recursos que antes pertenecían al gobierno federal, extinguiéndose las oficinas o agencias centrales en cada entidad para la prestación de servicios de salud a población abierta. Asimismo, propicia la constitución del sector y del sistema estatal de salud como una estrategia que permite incursionar en la modernización y en el mejoramiento de los servicios de salud para la población.

De esta manera, la descentralización se ha dispuesto en dos etapas de ejecución que efectivamente culminan en la transferencia de facultades y recursos a los gobiernos de los estados, eliminando diversidad de presencias institucionales y fortaleciendo a la Secretaría de Salud como dependencia normativa y rectora del Sistema Nacional de Salud.

La Integración y funcionamiento de los Sistemas Estatales de Salud. El caso del Estado de México

GUSTAVO BAZ DIAZ LOMBARDO

1. INTRODUCCION

Durante la presente administración, hemos sido testigos actuantes de una profunda reordenación de la vida nacional generada por la federación.

Hemos visto cobrar cada día mayor vigencia a los postulados de Un Plan Nacional de Desarrollo, que paso a paso y mediante una legislación modernizada van cristalizando en lineamientos operativos cambios de estructuras, modificación de mentalidades y redistribución de competencias.

Elevar los postulados del campo de la salud a rango constitucional, como derecho inalineable de todo mexicano, ha sido el inicio y el fin del reordenamiento que en materia sanitaria estamos realizando y ha tocado al sector salud ser "punta de lanza" dentro de este conjunto de cambios.

El ejecutivo estatal, a través de la Secretaría de Salud, ha instrumentado como política nacional inscrita en el Plan Nacional de Desarrollo y como respuesta a la necesidad de reconceptualizar los mecanismos por los que brindamos protección sanitaria a los mexicanos, descentralizar los servicios de salud a las entidades federativas, reordenando las competencias en esta materia en apego a nuestro marco federalista y a la correspondiente autonomía de cada estado del país.

Así, se han creado la Ley General de Planeación, la Ley General de Salud, modificaciones en el Código Sanitario vigente y, por último, en la Ley de la Administración Pública Federal.

La finalidad de este proceso puede resumirse en dos líneas básicas; en una primera instancia tiene una sustentación jurídica mediante la que se pretende que cada entidad federativa genere, de acuerdo a sus necesidades y a sus características, su propia Ley

Estatal de Salud, de esta manera dejará de actuar la Ley General de Salud como mecanismo supletorio y, por otro lado, quedarán plenamente definidas las atribuciones tanto federales como estatales en materia de salud. Lo importante ha sido crear a nivel de los estados que se descentralizan organismos nuevos e inscritos en la estructura gubernamental, con patrimonio propio, personalidad jurídica y autoridad en materia de salud, cuya actuación queda plenamente definida en los postulados de su Ley Estatal de Salud y los correspondientes reglamentos.

La segunda línea, en la que actúa el proceso descentralizador, se refiere específicamente a un reordenamiento de los aspectos técnicos y administrativos; por lo tanto, resulta obvio que en este sentido lo que se busca es una utilización racional de los recursos humanos, materiales y financieros sustentada en la creación, primero, de un modelo nacional de servicios de salud y, como resultante, la instalación y operación de los respectivos modelos estatales de servicios de salud.

En el presente trabajo no es nuestra intención tocar los aspectos jurídicos de la descentralización, sino hacer un análisis de la repercusión que a nivel del Estado de México han tenido los reordenamientos técnicos y administrativos que el proceso nos ha implicado.

Para fines prácticos, distribuiremos esta presentación en los tres capítulos siguientes: el primero de ellos se refiere a las implicaciones técnicas que hemos podido implantar y a las estrategias que se han establecido en el Estado de México en este sentido. El segundo capítulo abordará los aspectos de carácter administrativo que han permitido concretizar nuestras estrategias y, finalmente, en un último capítulo, haremos un análisis de las perspectivas actuales a la luz de las ventajas que al instalar el proceso descentralizador, nos ha reportado.

2. REORDENAMIENTO TECNICO

A partir de 1982, se inicia en nuestro país una serie de reflexiones derivadas del establecimiento de un Plan Nacional de Salud, cuyos objetivos más importantes pueden resumirse en el sentido de propiciar una modernización en la estructura orgánico-funcional de la secretaría, en ese entonces de Salubridad y Asistencia, no sólo en el ámbito sectorial, sino propiciar el entendido nacional de que la prestación de servicios de salud no puede concebirse exclusivamente como una actividad estrictamente sectorial.

Sin embargo, se hacía necesario llevarla a consecuencias y logros de mayor profundidad. La actual administración se avocó a la tarea de realizar exhaustivos e intencionados estudios cuyos resultados pusieron de manifiesto que existía en la organización actual un elevado grado de heterogeneidad en diversos puntos de nuestra estructura, así como la evidente necesidad de cubrir importantes deficiencias en materia de normatividad, tanto general como específica.

Ante esta situación, en el Estado de México y desde 1974, nos dimos a la tarea de propiciar una serie de cambios y reconcepciones para estructurar nuestros servicios. Las estrategias que básicamente utilizamos en el aspecto técnico fueron las siguientes: crear un

modelo de servicios de salud, operar el modelo de servicios de salud mediante un esquema regionalizado; implantar un sistema integral de información en salud, desarrollar un intenso programa de capacitación y desarrollo de los recursos humanos.

E! marco conceptual para desarrollar los puntos anteriores implica la utilización de metodologías de carácter epidemiológico y administrativo bajo la dimensión de la administración y con base en la teoría de los sistemas.

Modelo de Servicios en el Estado de México

La base de sustentación de nuestro modelo implica integrar los recursos humanos, materiales y financieros en tres niveles de complejidad diferentes: Un primer nivel de atención, encargado de motivar la participación de la comunidad y de proporcionar fundamentalmente acciones de carácter educativo-preventivo y asistencial simplificado. Un -segundo nivel, que principalmente ejerce sus funciones con actividades de asistencia médica de mediana complejidad y específicamente para hospitanzación general; finalmente, un tercer nivel de la atención para hospitalización y asistencia médica de alta complejidad, que desempeña además funciones normativas en docencia e investigación.

Para la creación de nuestro modelo subdividimos el primer nivel de la atención en cinco subniveles: el primero denominado de autoatención y autocuidado, buscando primordialmente que sea la propia familia y el propio individuo el encargado de cuidar y preservar su salud; un segundo subnivel de monitoreo, que es el inicio prácticamente de la organización sanitaria, se desarrolla coordinado por personal auxiliar y voluntario de salud y propicia en la comunidad acciones concertadas y programas de salud. El tercer subnivel es de asistencia médica simplificada, corresponde íntegramente a nuestro personal auxiliar, al que se le asignan ámbitos poblacionales y espacios geográficos definidos para desarrollar en ellos acciones específicas de salud; el cuarto subnivel lo' constituye la asistencia médica general, que requiere urgentemente del concurso de personal profesional de la medicina, es en éste donde se brinda a la población consulta general y donde se inicia el sistema de referencia a niveles superiores de los pacientes que así lo requieren; finalmente, el quinto subnivel se encarga de brindar atención médica de carácter simplificado en función del panorama epidemiológico y de las especialidades básicas como cirugía general, pediatría, gineco-obstetricia y medicina interna; se implementa con laboratorios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y es de igual manera un eslabón importante para el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

La esencia operativa del modelo de servicios, como puede observarse, está basada en reforzar estructuralmente el primer nivel de la atención en función de integrar recursos técnicos y profesionales, que desarrollan funciones de carácter preventivo al inicio y asistencial progresivamente, aumentando la complejidad y la diversidad de sus apoyos materiales y tecnologías, lo que propicia orden y eficiencia en su actividad.

El modelo de servicios, así constituido, tiene que concebirse para su cabal entendimiento con una complejidad que combina una diversidad de conceptos, pues no solamente esquematiza diferentes niveles de atención, también establece diversos niveles de organización que permiten establecer claramente ámbitos de control y jefatura, precisa funciones y obligaciones, determina también no apartarnos del concepto de niveles de prevención y las diferentes cargas con que esto se da en los niveles de atención; bajo esta combinación podemos integrar actividades al primer nivel de carácter primario, secundario o terciario y así respectivamente, con los niveles segundo y tercero de atención.

Actualmente, consideramos necesario diferenciar en esta estructura del modelo de servicios aquellas acciones que realizamos en función del riesgo de la población a perder la salud y determinar qué subnivel del primer nivel de la atención realiza cada una de ellas y Con qué recursos humanos. Por otro lado, separamos las acciones de salud en función del daño y ubicamos igualmente qué subnivel y qué recursos las efectúan.

Tradicionalmente, cada institución del 'sector salud tiene su propio modelo de servicios y establece sus niveles de la atención, esto es factible en función de que bajo este esquema se ubican las acciones que deberán realizarse y como ya expresarnos, las cargas y los recursos humanos y materiales que las realizan. En el Estado de México hemos considerado que este mecanismo de aislar por cada institución sus propios modelos no es el adecuado, por lo que hemos decidido integrar en un mismo modelo a todas las instituciones y propiciar una concentración de actividades que nos permita visualizarla, entenderla y esquematizarla en forma conjunta.

El primer nivel de la atención, bajo este esquema mental, conserva los subniveles de autoatención y autocuidado, así como el de monitoreo en forma análoga, pero los tres siguientes subniveles se denominan, respectivamente: nivel institucional, nivel sectorial y nivel intersectorial; esto propicia que la dimensión de los programas de salud se dé en un contexto estatal global que marca la imprescindible concertación de actividades, pero sin apartarse de las obligaciones específicas de cada institución y agregando al concepto clásico la participación de otros sectores gubernamentales, cuyas acciones e influencia tienen repercusión directa en la situación de salud.

De igual manera, en el segundo y tercer niveles de la atención y bajo los mismos conceptos, hemos estructurado los tres subniveles: institucional, sectorial e intersectorial, con lo que se complementa el esquema que estamos manejando. Sentimos que la descentralización de los servicios y, específicamente, la estrategia de concertación sectorial y participación intersectorial queda plenamente sustentada bajo la dimensión de este esquema y que la actividad de los consejos estatales de planeación y el subcomité de salud y seguridad social se facilita.

Esquema de RegionaHzación de los Servicios de Salud

Es evidente el hecho de que el modelo de servicios de salud para que pueda operar, requiere

de elementos de aplicación práctica que aseguren su factibilidad; la regionalización es una metodología que permite estructurar los recursos existentes, combinando elementos técnico-administrativos. El mecanismo consiste en dividir un "área programática" en diferentes partes, bajo la línea de que las divisiones sucesivas aseguren conformar estas subáreas, con el postulado de que compartan características análogas desde los puntos de vista geográfico, social, económico, cultural y epidemiológico, buscando hacerlas susceptibles de idéntico tratamiento programático.

Bajo esta dimensión, el Estado de México ha sido dividido en 2,350 microregiones, 166 coordinaciones municipales de salud, 19 jurisdicciones sanitarias y 4 regiones de salud. Cada tramo de control permite asignarle recursos humanos, materiales y financieros específicos de acuerdo a sus funciones y programar de manera concreta sus acciones y sus metas.

El Estado de México tiene 22,300 kilómetros cuadrados, está dividido en 121 municipios que contienen a 11,826 habitantes, integrados en 3,024 localidades. El 66 por ciento de su población se ubica en áreas urbanas y el resto se considera rural. De la población total, 5.8 millones son población abierta y responsabilidad específica del Instituto de Salud del Estado de México, el resto de los habitantes son atendidos por la seguridad social, principalmente por el IMSS que atiende al 38 por ciento, el ISSSTE que atiende al 3.8 por ciento y el ISSEMYM al 3.2 por ciento, considerándose entre un 8 a un 10 por ciento lo correspondiente a la medicina privada.

La regionalización consiste en asignar cada una de las 2,350 microregiones a una auxiliar de salud denominada "prodiaps" y responsabilizarla de brindar servicios primarios a 3,000 habitantes ó 500 familias en promedio. Este recurso es oriundo de las localidades a las que presta el servicio y permanentemente están incluidos en un programa de capacitación; actualmente contamos con 2,172 de este tipo de recursos, que desarrollan en su universo de trabajo actividades de educación para la salud, organización comunitaria, mejoramiento ambiental, mejoramiento nutricional, planificación familiar, vigilancia epidemiológica, control de enfermedades transmisibles y detección oportuna de padecimientos. Su trabajo se desarrolla fundamentalmente bajo la técnica de visita familiar, en la que desarrollan diversos tipos de acción según las necesidades de cada familia bajo su responsabilidad. Apoyando su actividad contamos con 1,136 unidades de atención primaria a la salud, en las que tenemos ubicados a un igual número de médicos generales y pasantes de medicina en servicio social, que se encargan de coordinar a los equipos de "prodiaps" y de realizar la consulta médica general, así como el referenciado de pacientes.

La coordinación municipal de salud es un tramo de control específico del Estado de México, que se encarga dejefaturar,coordinar, dirigir, capacitar, supervisar y evaluar los recursos humanos y las actividades de las unidades de atención primaria a la salud; cada coordinación municipal está a cargo de un médico titulado y especialista en salud pública o en proceso de terminar dicha especialidad; es también el responsable técnico y administrativo de las unidades de primer nivel que

están en el área bajo su responsabilidad. La idea central con la que constituimos este tramo técnico-administrativo es establecer un recurso humano de alta calidad técnica, para que trabaje en combinación con el presidente municipal del municipio o municipios que están bajo su responsabilidad.

Este coordinador tiene responsabilidades epidemiológicas, administrativas, docentes y políticas; de él depende el diagnóstico de salud de su área, la vigilancia epidemiológica, el establecimiento de prioridades y estrategias programáticas, así como el control de los recursos de su área; es el centro del programa municipal de capacitación de recursos y el responsable de la concertación de actividades con el resto de las instituciones de salud y otros sectores gubernamentales.

Dentro de sus funciones se agrega también la supervisión y el control del sistema de información y evaluación de las actividades, y la responsabilidad de los establecimientos de salud en su área de trabajo.

La jurisdicción sanitaria es el tramo de control de más alto nivel jerárquico en el nivel operativo, cuenta con un equipo completo de trabajo para laa áreas y servicios de salud, supervisión operativa, regulación sanitaria y administración de servicios; ejerce las funciones directivas para el conjunto de coordinaciones municipales que lo integran y es el centro de almacén, distribución y control de los recursos humanos y materiales. De igual manera, es responsable de la concertación de actividades con el resto de las instituciones de salud y con las demás estructuras gubernamentales.

Finalmente, las cuatro regiones de salud son una instancia directiva de alto nivel, que dependen directamente de la Dirección General del Instituto de Salud, agrupan de tres a seis jurisdicciones y cuentan igualmente con un equipo completo de trabajo en las áreas sustantivas básicas de la salud. La planeación general, la evaluación de actividades y el análisis de rendimientos constituyen sus funciones esenciales y su actividad permite diferenciar cuatro regiones de control para derivar de esta manera acuerdos y decisiones específicas de la Dirección General.

Como puede establecerse, la característica primordial del esquema regionalizado de los servicios es considerar a la familia como el substrato fundamental de nuestras acciones, y realizar la operación de nuestros servicios como una medicina activa que llevamos directamente al domicilio de las personas, que nos permite individualizar sus necesidades y definir nuestros rendimientos y nuestras posibilidades de acción.

Uno de nuestros principales retos ha sido y es, el disponer de información veraz y oportuna que nos permita dimensionar los daños y las necesidades de salud. En este sentido, hemos venido desarrollando un sistema de información basado en nuestro modelo de servicios y nuestro esquema regionalizado, lo que buscamos esencialmente es un tipo de registro acorde al control familiar que hemos establecido y en función del sentido individualizado que hemos planteado. Conocer los alcances de nuestros programas y darles un sentido de priorización no es factible, sin el soporte de una buena información.

La operación del sistema de registro se lleva a cabo de la siguiente manera:

1. El personal de los niveles aplicativos realiza sus actividades, programándolas en base a los diagnósticos familiares de su expediente y según las necesidades de cada familia.
2. Una vez seleccionadas las familias a las que visitará y determinadas las acciones que realizará, utiliza una libreta de campo para asentar estos datos, integra los materiales y equipos que utilizará y se dirige hacia los domicilios de las familias programadas.
3. Cada familia ha sido dotada de una creo dencial que contiene su clave familiar y su identificación.
4. El personal aplicativo al realizar en la familia su actividad, llena el formato denominado SnS-1 para registro diario de actividades, en donde coloca los siguientes datos:

A. Identifica la unidad de la que depende estructuralmente.
B. Coloca la fecha de realización y su nombre.
C. Llena el espacio específico para la clave de la familia, utilizando un renglón del formato para cada actividad.
D. Además de la clave familiar, escribe la clave específica de la actividad que va desarrollando; para esto utiliza el formato sns-o, en donde están conteo nidas las claves de las actividades que según el recurso humano de que se trate serán utilizadas.
E. Acto seguido, agrega la clave que corresponde al miembro de la familia, al que realizó la actividad o bien deja este espacio en blanco, lo que indicará que fue una actividad de carácter general.
F. Al terminar las actividades del día regresará a su unidad de adscripción, en donde actualiza el diagnóstico familiar colocando la fecha y tipo de actividades que realizó.
G. Al terminar la semana y con el conjunto de formatos de registro diario de actividades, llena el formato SnS·3 de concentración de actividades.
H. Semanalmente envía sus hojas de regístro diario al coordinador municipal, quien reuniendo las del conjunto de "prodiaps" que están bajo su responsabilidad, las envía a la jurisdicción.
I. Con el formato SnS·3 se actualiza -la productividad y en general el análisis de rendimientos, que en forma directa permite la elaboración del registro meno sual,

5. Cada microregión programa cinco actividades al día y un promedio de 25 actividades en relación a los diferentes programas, esto constituye la programa· ción mensual de la que se deriva la programación jurisdiccional. Por otro mecanismo, la jurisdicción obtiene los rendimientos de las áreas de estomatología, regulación sanitaria, unidades aplicativas y unidades hospitalarias; integrándose así toda la información de la jurisdicción que se envía a las regiones y de esta manera se integran los resultados estatales.
6. Los formatos SnS-4 y SnS·5 son específicos para el registro de morbilidad

y mortalidad, sirven para que a nivel operativo se registren los diagnósticos y las defunciones, que de igual manera son integrados y remitidos mes a mes para su captura en el centro de cómputo.

7. El centro de cómputo y procesamiento electrónico de datos captura la información de actividades diarias y la acumula a la familia, actualizando de esta manera su memoria y permitiéndonos contar con la información para futuras programaciones.

Por lo tanto, puede establecerse que el sistema de información del Estado de México tiene como principal finalidad registrar de manera nominal y familiar la actividad que realizamos, con objeto de acumular los datos y actualizar el registro familiar, esto permite determinar en cada familia las actividades que ya han sido realizadas y las que faltan por hacer.

Capacitación de Recursos HumanOll

Ningún modelo de servicios de salud podrá existir y funcionar sin los recursos humanos adecuados. La improvisación y el desconocimiento de las funciones ha sido durante mucho tiempo uno de nuestros principales enemigos a vencer; es por esto que desde 1974 nos hemos avocado a la tarea de establecer en el Estado de México un verdadero centro de capacitación y desarrollo de recursos humanos, que en apoyo y en apego a las normas y lineamientos de la Secretaría de Salud en esta materia ha funcionado en forma ininterrumpida, capacitando permanentemente al personal profesional, técnico y a todos nuestros niveles.

El mecanismo con el que desarrollamos la capacitación se basa en integrar cursos formales para el personal profesional y técnico, combinando la docencia con el servicio a efecto de no interrumpir sus labores y generando la estructura curricular en base a las necesidades de salud de la población y al panorama epidemiológico existente. Esta simultaneidad de acciones y la utilización de estrategias docentes como la enseflanza tutoreada controlada, han servido para dotar al estado de personal capacitado específicamente en los diferentes tramos de control. Los directivos del nivel estatal, regional, jurisdiccional y coordinación municipal son en su totalidad egresados de nuestros cursos de salud pública o bien desarrollan sus labores bajo la obligatoriedad de estar estudiando dicha especialidad; de igual manera, el personal de campo aenominado "prodiaps" es sujeto permanente y continuo de cursos especiales de capacitación; en ambos casos, la permanencia en el puesto está sujeta al cumplimiento de esta condicionante y nuestro sistema de evaluación está ligado a la producción de actividades y al cumplimiento de las metas.

Con lo anteriormente expuesto queda de manifiesto el complicado camino que hemos recorrido para integrar el modelo de servicios y es pertinente aclarar que su estructura actual está íntegramente basada y es totalmente coincidente con los lineamientos normativos con que está diseflado el modelo nacional de servicios de salud.

3. REORDENAMIENTO ADMINISTRATIVO

La descentralización de los servicios de salud

en este campo tiene sin duda el propósito central de modernizar nuestra administración y posibilitar la utilización más racional de nuestros recursos. El primer paso fue dirnensionar la magnitud de nuestras diferencias y sobre todo nuestras inconsistencias. El reordenamiento administrativo confronta un problema más y consiste en que debemos continuar con la misma calidad en la prestación de nuestros servicios a pesar de la problemática económica que vive nuestro país; eficientizar nuestra acción y conservar o ampliar nuestra cobertura son objetivos que no pueden concebirse en función sólo de aumentos presupuestales, en el entendido de que evitar dispendios y duplicaciones es tan importante como ampliar los presupuestos.

Si la normatividad y el mecanismo de administración no se adaptan al modelo de servicios poco podremos avanzar.' Es por estas razones y por muchas más que la descentralización de los servicios de salud ha sido en sus primeras etapas básicamente una reordenación de nuestra capacidad administrativa, sostenemos que su implementación debe concebirse en apego absoluto al modelo de servicios y al esquema de regionalización.

Las áreas fundamentales en donde deben establecerse lineamientos normativos y de reordenamiento son, necesariamente: la reconceptualización funcional y salarial de los recursos humanos, creando perfiles adecuados al modelo tanto en calidad como en suficiencia; verificar las estructuras orgánico. funcionales de los niveles estatal, regional, jurisdiccional y de unidades hospitalarias ha sido, desde luego, otro imperativo importante; verificar los lineamientos de nuestros sistemas de abasto y adquisiciones es sin duda un capítulo fundamental y, finalmente, los programas de conservación y mantenimiento de unidades son base fundamental para la operación de **los servicios.**

Tanto la federación como los servicios de salud del Estado de México, hemos trabajado intensamente en el reordenamiento de estos cuatro capítulos vitales.

En materia de recursos humanos se han rectificado y validado los códigos funcionales y las percepciones salariales; lograrlo en el tiempo que ha sido utilizado es sin duda motivo de orgullo para la Secretaría de Salud, la recategorización de todo el personal, la retabulación de sueldos y la unificación de percepciones en el sector son un hecho consumado, en especial, en el Estado de México han sido determinados estos niveles con la base estricta de su modelo de servicios, lo que no solamente ha evitado serios conflictos laborales, sino que ha permitido la libertad operativa en un clima de tranquilidad y alta filosofía **de servicio.**

Las estructuras orgánicas de mandos medios y nivel aplicativo han sido evidentemente modernizadas y adecuadas al modelo de servicios, lo que ha permitido elaborar y aplicar los correspondientes manuales de normas y procedimientos, así como reglamentos que determinan los ámbitos de responsabilidades.

El abasto de insumos es quizá uno de los capítulos que con mayor relevancia y atingencia hemos acatado; el almacenamiento, distribución y control de materiales y equipos ha sido sustentado con bases sólidas y metodológicas, en cada unidad se ha determinado el cuadro básico de insumos en base a sus carac-

terísticas, los servicios que ofrece, su productividad y el panorama epidemiolológico que confronta; la traducción práctica de estos importantes ajustes nos ha redituado el contar Con los materiales y equipos no sólo suficientes para las acciones, sino en el tiempo adecuado a nuestras acciones. Esto nos ha permitido sistematizar procedimientos y abatir costos de operación, costos de ocio y costos por actividad final, que nos han significado importantes ahorros y, sobre todo, mayor calidad en los servicios.

Importantes modificaciones se han generado e inclusive ampliaciones presupuestales en apoyo del programa de conservación y mantenimiento de unidades; la infraestructura existente durante un periodo extenso de tiempo había carecido de servicios mínimos de mantenimiento, situación que agravaba la prestación de los servicios y paulatinamente propiciaba condiciones cada vez más adversas, tanto en edificios como en equipamiento. Actualmente, en el mayor número de nuestros inmuebles hemos podido generar restauraciones de gran magnitud.

Es igualmente importante el reordenamiento que hemos podido desarrollar en relación al programa estatal de inversiones no sólo en el logro y la consecución de nuevas unidades o bien de aquellas con atrasos en su terminación, ha sido trascendente la consolidación de un programa estatal que permite al sector salud concertar y regularizar el crecimiento y ubicación de su infraestructura física. Las duplicaciones y la competencia interinstitucional son, afortunadamente, situaciones del pasado.

4. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS DEL PROCESO DESCENTRALIZADOR

La voluntad política del gobierno del Estado de México y el esfuerzo de los servidores públicos involucrados en este mecanismo nos permite, a tres años de distancia, percibir una dimensión diferente en la prestación de los servicios de salud. Directivos, trabajadores y comunidad estamos ciertos de que hemos logrado importantes avances y reales modificacionea,

Mas allá de las repercusiones que el proceso ha tenido en incrementos de recursos huma**nos, materiales y financieros, es conveniente** recalcar la precisión de procedimientos con que ahora funciona nuestro modelo de **servicios.**

En una primera instancia, hemos podido recabar la verdadera dimensión de los problemas de salud en el estado y sus factores condicionantes, el diagnóstico estatal de salud nunca había tenido la claridad con que ahora contamos y sobre todo la posibilidad de definir sus prioridades regionales, zonales, locales, íntersectoriales e interestatales. La vinculación inobjetable de carácter social y económico que nos liga al Distrito Federal, requería del tratamiento coordinado y conjunto con que ahora estamos integrando los servicios; el reordenamiento con que la Secretaría de Salud desarrolló el programa de reconstrucción nacional es una prueba innegable de esta nueva visión con la que estamos respondiendo a las demandas y necesidades de la población.

Los presupuestos que se asignan al sector salud en el Estado de México están debidamente sustentados en este reordenamiento, lo

que permite al ejecutivo estatal inscribir con absoluta claridad las necesidades de salud en el Convenio Unico de Desarrolllo de nuestra entidad y vincularlo con el Programa General de Gobierno para, finalmente, efectuar las derivaciones necesarias en el Convenio de Cofinanciamiento entre la SSA y el estado. Esto ha dado realismo y sentido a la presupuestación programática con que asignamos los recursos financieros en función de nuestras áreas y grupos poblacionales más necesitados.

La base de sustentación de nuestros servicios de salud depende de nuestras posibilidades de contar con los recursos humanos adecuados, y dotarles de los materiales y equipos necesarios para la prestación de sus servicios.

Pero, asimismo, es importante que dichos recursos humanos tengan una adecuada y uniforme codificación funcional y percep· ción salarial.

Una administración quc permita ejercer el presupuesto asignado y estandarizarlo y racionalizarlo es Una administración que opera adecuadamente. Si en dos hospitales de una misma entidad se perciben diferencias en cuanto a indicadores como costo-día-cama, costo por egreso, etcétera, la administración indudablemente tendrá que rectificarse; en nuestra entidad hemos podido estabilizar y unificar nuestros costos por actividad final, tanto en el primero como en el segundo niveles.

La estrategia presupuestal que ahora desarrollamos se basa en la determinación de costos y necesidades que, iniciando el tramo de control microregión, nos permite en forma acumulativa determinar el presupuesto y las necesidades del nivel municipal, jurisdiccional y regional; esto significa un ejercicio presupuestal en equilibrio y una asignación con alto grado de equidad.

La última consecuencia a la que aspira el mecanismo por el que proporcionamos servicios de salud, es llegar a descentralizarlos hasta el nivel municipal; llegar a este nivel implica un esfuerzo que no sólo depende de manuales de organización y métodos, sino de una concertación de esfuerzos cuya racionalización e implementación generará múltiples obstáculos a vencer.

La incorporación a los servicios de salud estatales del antiguo programa IMSS-COPLAMAR ha sido un reordenamiento de índole sectorial, que permite a la Secretaría de Salud retomar una de sus funciones básicas representada por la prevención primaria, la educación para la salud y el trabajo comunitario del que históricamente hemos sido responsables. Definir este ámbito de responsabilidad de ninguna manera ha significado obstaculizar la acción del resto de instituciones, la seguridad social siempre será uno de los diametrales postulados de la revolución y nuestras instituciones han sabido coordinar este esfuerzo, que sólo ha delimitado a sus ámbitos de responsabilidad.

Pretender minimizar o exagerar los beneficios de la descentralización sería apartarnos de nuestra evolución histórica; lograr conservar nuestra institucionalidad ante un proceso modernizador en respeto absoluto de nuestras tradiciones e ideales, es el camino que sentimos más adecuado.

Experiencias y modalidades de la sectorización en salud

MANUEL RUIZ DE *CHAVEZ*

MARCO DE REFERENCIA

La salud se concibe como una de las políticas que, junto con las de empleo, bienestar social y distribución del ingreso, educación, ecología y medio ambiente, y desarrollo urbano y vivienda, se contemplan dentro de la política social que el gobierno federal ha establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988.

En este plan se considera a la salud como una resultante de la interacción de factores biológicos, ambientales, económicos y sociales, de tal manera que el mejoramiento sustancial de su nivel dependerá de la interacción, complementación y debida articulación de las acciones que realicen las dependencias y entidades involucradas, así como los diversos sectores sociales. De esta forma, se le da a la política de salud un tratamiento integral acorde a la compleja realidad nacional.

Para armonizar, a través de la coordinación de acciones, los programas de servicios de salud que realicen las dependencias y entidades de la administración pública federal y estatal, así como las personas físicas y morales, se constituyó el Sistema Nacional de Salud, cuyo objeto es dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

La consolidación del Sistema Nacional de Salud es uno de los lineamientos estratégicos en los que se centra el desarrollo del sector salud, a fin de dar cumplimiento a las prioridades de la política de salud; tiene como estrategia involucrar a todas las instituciones prestadoras de este tipo de servicios, las cuales comparten una viva vocación de coordinación sin la que sería difícil alcanzar los objetivos establecidos en el Programa Nacional de Salud.

El Programa Nacional de Salud contempla las metas específicas establecidas por el Plan

Nacional de Desarrollo en la materia; en apoyo a sus programas y acciones sustantivas establece cinco estrategias instrumentales: la **sectorización, la descentralización, la modernización administrativa, la coordinación ínter**sectorial y la participación de la comunidad.

Las estrategias instrumentales permiten que se desarrolle y fortalezca una infraestructura administrativa de todos los participantes del sector, cuyas actividades se coordinan a través de la sectorización, se redistribuyen mediante la desconcentración y descentralización, se complementan y enriquecen con la coordinación intersectorial, se hacen eficien**tes por la modernización administrativa y se** democratizan y fortalecen en virtud de la participación de la comunidad.

Bajo esta óptica, se considera a la sectorización como el agrupamiento de entidades paraestatales con funciones, objetivos y metas afines, que permite a una secretaría de Estado o departamento administrativo coordinar, conducir, planear, programar, evaluar, organizar y controlar sus actividades.

ANTECEDENTES **DE** LA SECTORIZACION

Partiendo de la base de que el Estado mexicano no sólo realiza las actividades de gobierno y administración que son ya tradicionales, sino que además se encarga de actividades relativas a la explotación de bienes propiedad de la nación, a la producción de bienes y servicios socialmente necesarios y a la generación de acciones de bienestar social, ha requerido de la creación de múltiples organismos y empresas que no forman parte de la **estructura administrativa centralizada, conoci**dos como entidades paraestatales.

A partir de 1925, la administración pública federal pretendió resolver los problemas prioritarios del país creando, coyuntural y desordenadamente, una gran cantidad de entidades paraestatales carentes de mecanismos de control y regulación. Esta situación prevaleció hasta 1947, cuando surge la preocupación del Estado por instrumentar controles administrativos y de supervisión financiera de dichas entidades y expide la Ley para el Control, por parte del Gobierno Federal, de los Organismos Descentralizados y Empresas de Participación Estatal, en la que se otorga a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la facultad de controlar y vigilar operativamente a estas entidades, y a la Secretaría de Bienes Nacionales e Inspección Administrativa la facultad para revisar e inspeccionar las adquisiciones y contratos de obras realizadas por dichas empresas.

Con la expedición de la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado en 1958, se otorgó a las Secretarías de Patrimonio Nacional, de Hacienda y Crédito Público, y de la Presidencia, facultades para coordinar, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia, las actividades de las entidades paraestatales.

Con la creación en 1965 de la Comisión de Administración Pública, surge por primera vez en la historia de la administración pública de nuestro país la idea de agrupar y clasificar, por sector de actividad, a las secretarías y departamentos de Estado, a los organismos descentralizados y a las empresas de participación estatal.

A partir de 1970 se lograron importantes avances en el control y vigilancia de las entidadcs paraestatales, al combinarse sistemas y

procedimientos descentralizados e introducirse técnicas presupuestales modernas.

En 1976 se produce un cambio fundamental con la expedición de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, toda vez que ésta establece la sectorización como figura jurídica básica en el sistema de control y vigilancia de entidades paraestatales, y otorga al ejecutivo federal la facultad de agrupar a las entidades de la administración pública paracstatal en sectores definidos, a fin de que la relación entre éstas y e! titular de! ejecutivo se realice a través de la secretaría de Estado o departamento administrativo que en cada caso se designe como coordinador de sector. Asimismo, en esta ley se dispuso que corresponde a los coordinadores de sector planear, coordinar y evaluar la operación de las entidades agrupadas bajo su responsabilidad.

En el lapso comprendido entre 1976 y 1982 se expidieron siete acuerdos de sectorización, con e! fin de constituir y actualizar los sectores administrativos. Paralelamente, se promulgaron diversas leyes que regulan el comportamiento de la administración pública federal y establecen disposiciones dirigidas específicamente a las dependencias como coordinadoras de sector y a las entidades como organismos coordinados sectorialmente.

En la presente gestión se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal con el objeto de fortalecer el proceso de sectorización. Con estas reformas se establece la posibilidad de agrupar a las entidades sectorizadas en subsectores y se responsabiliza a los órganos de gobierno de dichas entidades del desarrollo programático y estratégico, así como de la supervisión operativa; proporcionando así mayor capacidad de coordinación a las dependencias y de operación a las entidades.

Aunado a lo anterior, se han realizado diVersas reformas y se han expedido nuevas disposiciones destinadas a reforzar e! proceso general de sectorización de la administración pública federal, entre las que destacan la Ley de Planeación, el Acuerdo sobre el funcionamiento de las entidades de la administración pública paraestatal y sus relaciones con e! ejecutivo federal; e! oficio-circular 212-879, relativo a las bases y lineamientos para la integración y funcionamiento de los órganos de gobierno de las entidades de la administración pública paraestatal, la Ley Federal de Entidades Paraestatales y la Ley de Asistencia Social.

En lo que corresponde al sector salud, conviene destacar que en la presente administración se incorporó al sector el Sistema Nacional para e! Desarrollo Integral de la Familia; se reformaron las Leyes del Seguro Social y de! Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para que el secretario de Salud formara parte de sus órganos de gobierno; se reformó la estructura del Consejo de Salubridad General; se instituyó el cuadro básico de insumos del sector; se crearon las Comisiones Interinstitucionales de Investigación en Salud y para la Formación de Recursos Humanos para la Salud; se emitió e! Acuerdo que establece las normas y lineamientos para la integración y funcionamiento de los órganos de gobierno de las entidades paraestatales coordinadas por la Secretaría de Salud y se modificó el reglamento

interior de la propia secretaría, para adecuar sus funciones y responsabilidades a su nueva tarea de coordinadora de sector.

SECTORIZACION EN SALUD

Atendiendo a que la sectorización es la facultad del presidente de la República de agrupar por sectores definidos a las entidades paraestatales, en enero de 1977 el titular del ejecutivo, haciendo uso de esta facultad, agrupa dentro del sector que corresponde a la Secretaría de Salud a 18 entidades paraestatales,

A partir de ese año, el sector salud ha sufrido cambios constantes en lo que respecta al número de entidades paraestatales que lo conforman, mismos que nacen de la conveniencia de reubicar o incorporar algunas de estas entidades y retirar las instituciones extintas, y las que careciendo de las características propias de las entidades paraestatales, fueron consideradas como tales equívocamente en los acuerdos anteriores. Además, esta reubicación permite fortalecer la congruencia entre la operación y funcionamiento de las entidades agrupadas en un sector administrativo determinado, considerando como punto de referencia la afinidad en sus objetivos.

En tal virtud, el sector salud es la agrupación de entidades paraestatales prestadoras de servicios de atención médica, salud pública y asistencia social, y la agrupación de funciones y programas de salud que, en su caso, se determinen bajo la coordinación de la Secretaría de Salud.

El sector salud está integrado por 15 entidades paraestatales debidamente funcionando. y por los programas y funciones de salud de las demás dependencias y entidades de la administración pública federal que prestan este tipo de servicios. Las entidades paraestatales que lo conforman son: Hospital General *Dr. Manuel Cea González* (17-1-77); Hospital Infantil de México (17-1-77); Instituto Nacional de Cancerología (17-1-77); Instituto Nacional de Cardiología (17-1-77); Instituto Nacional de la Senectud (20-1-80); Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (1-1 V-81); Instituto Mexicano de Psiquiatría (1-IV-81); Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (3-IX·82); Instituto Nacional de Nutrición (3-IX-82); Patronato para la Formación del Patrimonio de la Fundación Permanente de Asistencia Privada *Dr. José María Alvarez* (2-IX-82); Centros de Integración Juvenil, A. C. (3-IX-82); Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (21-XII-82); Instituto Nacional de Pediatría (19-IV-83); Instituto Nacional de Perinatología (19-1V-83); Instituto Nacional de Salud Pública (26-1-87).

En el mismo sentrdo, los programas y funciones de salud que se integran al sector son los programas y funciones de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social y los programas y funciones de salud del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Dentro de este contexto, la Secretaría de Salud posee su responsabilidad dividida en dos dimensiones; la primera como dependencia del ejecutivo federal y, la segunda, como dependencia coordinadora de sector. Es obvio que esta doble responsabilidad se encuentra

íntimamente relacionada y que no es posible separar una de otra en el quehacer diario.

Para cumplir satisfactoriamente los como promisos que le han sido encomendados, la secretaría cuenta con el apoyo de las denominadas instancias de coordinación sectorial, en las que se encuentran representadas las instituciones del sector, las dependencias globalizadoras y la propia secretaría.

La primera instancia de coordinación seco torial está constituida por los Grupos Inter-**institucionales, mismos que tienen como fun**ción definir políticas, estrategias y acciones en programas relacionados con los problemas prioritarios de salud.

El Consejo de Salubridad General es la segunda instancia de coordinación; se encarga fundamentalmente de revisar y opinar sobre las propuestas de los Grupos Interinstitucionales.

La tercera instancia la integra el Gabinete de Salud, la cual es una estructura adminís-trativa adscrita a la Presidencia de la República y se encarga del seguimiento y evaluación de las políticas y programas de salud.

Es conveniente señalar que la coordinación que ejerce la secretaría se da tanto hacia el interior del sector como hacia el exterior del mismo. En el primer caso, se trata de la coordinación sectorial propiamente dicha y, en el segundo, la secretaría funge como punto de enlace entre las entidades del sector y las demás dependencias y entidades.

La relación hacia el exterior se establece, con mayor frecuencia, con las dependencias globalizadoras (SPP, SECOGEF, SIICP), las cuales, en sus respectivos ámbitos de competencia, determinan las políticas que deben atender todos los sectores de la administración pública federal.

MODALIDADES DE LA SECTORIZACION: SECTORIZACION ADMINISTRATIVA y PROGRAMATICO-FUNCIONAL

De la interpretación de la fracción 1 del aro tículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se deriva que el seco tor salud presenta dos componentes: la sectorización administrativa y la sectorización programático-funcional. La sectorización administrativa y la actividad de coordinación que desarrolla la Secretaría de Salud se ejerce a través de la conducción, planeación, organización, control y evaluación de todas las actividades que realizan las entidades inscritas en esta modalidad.

La función de la estructura sectorial es lograr un equilibrio entre la preservación y el fortalecimiento de la autonomía técnica y operativa de las entidades paraestatales, y su sujeción a un esquema de control, vigilancia y evaluación programática, presupuestal y operativa; en este sentido, las entidades, pese a estar coordinadas por una dependencia, conservan su personalidad jurídica y su autonomía patrimonial, técnica y operativa.

La sectorización administrativa se ejerce sobre un conjunto de entidades cuya naturaleza, características y finalidades hicieron posible, por su similitud, su agrupación en un sector administrativo coordinado por la Secretaría de Salud, en un proceso de armonio zación de los objetivos y metas de las entidades con los de la dependencia coordinadora,

para integrarlos y traducirlos en objetivos y metas del sector salud.

El control que ejerce la Secretaria de Salud sobre las entidades paraestatales incorporadas al sector administrativo se denomina control de tutela, el cual permite evitar que la expansión de dichas entidades lleve a la desarticulación del sector.

La coordinación administrativa tiene una aplicación específica en las entidades que, por disposición del coordinador del sector, han sido agrupadas en los subsectores de asistencia social y de institutos nacionales de salud, de los cuales se hablará posteriormente.

La modalidad de la sectorización programático-funcional se desprende del contenido de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la cual señala que la Secretaría de Salud coordinará los agrupamientos por funciones y programas afines que en su caso se determinen.

En esta modalidad, la Secretaría de Salud coordina lo relativo a las funciones y programas de servicios de salud de las entidades que, dentro de sus funciones institucionales, prestan este tipo de servicios.

Lo anterior se deriva de que existen, dentro de la administración pública paraestatal, entidades encargadas de cumplir diversas funciones institucionales y, cuando alguna de estas funciones y los programas que de ella se derivan, se refieren a atención médica, salud pública o asistencia social, quedan agrupados en la modalidad programático-funcional y son coordinados por la Secretaría de Salud. Tal es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que tienen funciones de salud, vivienda, préstamos, pensiones, etcétera, y que sólo las funciones y programas de salud se agrupan en el sector y quedan bajo la coordinación programático-funcional de la Secretaría de Salud.

Es importante no confundir la coordinación programático-funcional con la coordinación programática. La primera se refiere a los agrupamientos de programas y funciones con las características antes señaladas y, la segunda, nace de la atribución que la fracción 1 del artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal confiere a la Secretaría de Salud, para coordinar los programas de salud de la administración pública federal.

Esta coordinación programática se desprende de la existencia de dependencias y entidades que tienen sus propias funciones sustantivas, las cuales, en esencia, no se relacionan con la salud; pero, por diversas circunstancias, como pueden ser prestaciones laborales, programas de solidaridad, servicios sociales, etcétera, desarrollan programas relacionados con la prestación de servicios de salud.

En tal virtud, las funciones y programas médicos de las instituciones de seguridad social son parte del sector salud, y los programas médicos de otras dependencias y entidades que no tienen funciones de salud no forman parte del sector, aun cuando éstos sean coordinados por la secretaría, como es el caso de los servicios médicos de las Secretarías de la Defensa Nacional, de Marina, de Cornunicaciones y Transportes, de Petróleos Mexicanos, de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública, del Departamento del Distrito Federal y demás.

SUBSECTORIZACION

De acuerdo al artículo 50 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, las dependencias coordinadoras de sector están facultadas para organizar en subsectores a las entidades paraestatales bajo su coordinación, atendiendo a las similitudes de sus funciones.

Los subsectores son diversas agrupaciones de entidades paraestatales pertenecientes a un sector, que poseen naturaleza similar en sus funciones, objetivos, metas y programas; de tal manera que la coordinación de actividades que realiza la dependencia de Estado adquiere mayor precisión.

La subsectorización tiene como fin apoyar la simplificación y eficiencia en la interrelación y control de las entidades sectorizadas, además de fortalecer el proceso de sectorización al dotar de una mayor capacidad de coordinación a las dependencias sectoriales,

En el sector salud, la sectorización administrativa se desarrolla fundamentalmente a través de dos subsectores básicos: institutos nacionales de salud y asistencia social.

El subsector de los institutos nacionales de salud está coordinado por una estructura administrativa, integrada y jerárquicamente subordinada al secretario del ramo, la cual se denomina Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud.

Las atribuciones de dicha comisión son apoyar la coordinación del subsector integrado por los institutos nacionales de salud, promover que éstos cumplan con las funciones que les han sido encomendadas, prestar asesoría técnica a la secretaría en sus trabajos de coordinadora del sector, proponer modalidades tendientes al mejoramiento técnico y administrativo de las entidades, y auxiliar al secretario en la evaluación de las actividades de las entidades del subsector.

El subsector de los institutos nacionales de salud está integrado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, el Hospital Infantil de México, los Institutos Nacionales de Cancerología, Cardiología, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología y por el recientemente creado Instituto Nacional de Salud Pública.

La similitud de objetivos y metas de estas entidades subsectorizadas radica en proporcionar atención médica de alta especialidad, propiciar y realizar investigaciones científicas y apoyar la formación de recursos humanos para la salud, todo esto dentro de sus respectivos ámbitos de acción.

El subsector de asistencia social está coordinado por una entidad paraestatal, que es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; se integra además por el Instituto Nacional de la Senectud y por los Centros de Integración Juvenil que, dicho sea de paso, es la única entidad que no es organismo público descentralizado, en virtud de que se asimila a las empresas de participación estatal mayoritaria.

Las entidades de este subsector tienen como principal característica la de proporcionar asistencia social a niños, jóvenes y ancianos desvalidos o en estado de abandono, principalmente.

En este contexto, es importante señalar que la normatividad subsectorial aún no establece con precisión los elementos de su estructura; todavía se trabaja en la definición con-

ceptual, normativa y operativa y se preparan mecanismos específicos, instrumentos concretos e instancias determinadas, con el fin de llevar a cabo y en mejores condiciones la coordinación práctica de los subsectores,

No obstante esto, se cuenta con disposiciones que establecen los elementos generales de la coordinación subsectorial, las responsabilidades de los coordinadores o controladores de subsector y el desarrollo de las relaciones entre estas entidades y la Secretaría de Salud.

Por lo que respecta a las instancias de coordinación de enlace subsectorial, dentro del sector salud se han identificado tres: la dependencia coordinadora, el coordinador subsectorial y las entidades agrupadas en el subsector.

En este orden de ideas, a la dependencia coordinadora se le reconoce como la instancia responsable de establecer los lineamientos que rigen el proceso de subsectorización, de definir cuáles son las entidades que se agrupan subsectorialmente y de emitir los mecanismos de coordinación.

A los coordinadores de subsector les corresponde constituirse en instancias de apoyo administrativo al coordinador del sector, de apoyo técnico a las entidades agrupadas bajo su coordinación y de enlace entre la dependencia coordinadora y las entidades coordinadas.

Dichas instancias no limitan las atribuciones del coordinador del sector, sino que buscan el fortalecimiento de la capacidad de coordinación y canalizan las relaciones que en este ámbito deben darse.

La consolidación de los subsectores se traducirá, de manera directa, en el fortalecimiento de las entidades paraestatales.

Es importante destacar que existen dos entidades incorporadas al sector que no se encuentran agrupadas subsectorialmente, éstas son el Hospital General *Dr. Manuel Cea González* y el Patronato para la Formación dél Patrimonio de la Fundación Permanente de Asistencia Privada *Dr. José María Alvarez.*

El Hospital General *Dr. Manuel Cea Conzá-lez* es un organismo público descentralizado y, al igual que los institutos nacionales de salud, tiene por objeto proporcionar en todos sus aspectos atención médica, realizar investigaciones en el campo de la salud y colaborar en la formación de personal profesional y técnico; pero, a diferencia de aquéllos, no presta servicios de alta especialidad, aunque sí de magnífica calidad.

El Patronato para la Formación del Patrimonio de la Fundación Permanente de Asistencia Privada *Dr. José María Alvarez,* se considera como un organismo público descentralizado y tiene por objeto la venta, permuta y enajenación de los bienes cedidos por el fundador para convertirlos en dinero o bienes aprovechables para la fundación.

Las relaciones entre estas dos entidades con la coordinadora de sector se realizan de manera directa, atendiendo a todos los lineamientos al efecto establecidos.

EXPERIENCIAS EN LA SECTORIZACION EN SALUD

La importancia del proceso de sectorización está fuera de duda; el Programa Nacional de Salud, al contemplarlo dentro de sus estrate-

gias instrumentales, lo considera como elemento fundamental para el cumplimiento de sus objetivos y como garantía para la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

Como parte de un programa, fue necesario incorporar a la sectorización los elementos programáticos que aseguraran la coherencia en el desarrollo de sus acciones y que permitieran determinar con exactitud el grado de su avance.

Por lo anterior, la Secretaría de Salud inició los trabajos para la elaboración del Programa de Sectorización, con el fin de conducir este proceso en forma ordenada, constante y controlada.

Los objetivos, las líneas estratégicas de acción y las metas generales que en el programa se establecen, se han venido cumpliendo a lo largo de esta administración; ya se determinaron los universos de población de cada una de las instituciones que prestan servicios de salud, se fortaleció la operación de los órganos de gobierno de las entidades paraestatales como instrumentos de definición y evaluación de políticas y programas estratégicos, se elaboraron cuadros básicos de insumos del sector y se definieron sistemas y métodos para su actualización permanente, se amplió la cobertura del primer nivel y se procuró una calidad básica homogénea en la prestación de los servicios.

Entre las actividades específicas de sectorización, conviene mencionar que se continúa con la operación de mecanismos que fortalecen la coordinación de acciones de las dependencias y entidades prestadoras de servicios de salud.

Los Grupos Interinstitucionales, como instancias de apoyo a la coordinación sectorial, se avocaron a los trabajos relativos al diseño de metodologías y mecanismos para la programación operativa anual, la actualización del programa de sectorización, la revisión y adecuación de la estructura programática sectorial, y la elaboración de metodologías para el seguimiento de la coordinación programática y para la evaluación de los programas sectoriales.

Se establecieron en el sector las políticas de gasto y la normatividad en materia de programación-presupuestación y se supervisó la depuración contable y presupuestal de los organismos descentralizados, para mantener una estructura homogénea en sus sistemas.

En apoyo a la política de homogeneización de la calidad básica de los servicios de salud, se publicaron 143 normas técnicas, mismas que fueron elaboradas con la participación de las entidades del sector.

Se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones y se instaló el Comité intersectorial para el estudio, análisis, producción, regulación y abuso de disolventes y sustancias inhalantes,

Se realizaron concursos consolidados de medicamentos y material de curación, asegurándose al sector el abasto del 80 por ciento de las claves de medicamentos de mayor consumo y se instrumentó un programa prioritario para el abasto de medicamentos; con ello se logró responder de manera oportuna y eficiente a las acciones sec.oriales desarrolladas contra el paludismo, oncocercosis, tuberculosis y deshidratación infanti!.

Las experiencias obtenidas en materia de sectorización, han enriquecido la capacidad

del sector para coordinar las acciones que desarrollan tanto la Secretaría de Salud como las dependencias y entidades que en su diario quehacer contemplan esta materia.

No se puede decir que se ha consolidado la sectorización en el campo de la salud, en virtud de que éste es un proceso gradual que atiende a las necesidades de salud de una población en constante evolución y los requerimientos de una sociedad en constante progreso. Lo que sí es posible afirmar, es que las instituciones del sector, la coordinación entre ellas y su capacidad resolutiva crece y se desarrolla conforme lo hace la población a la que atiende y la sociedad a la que sirve.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acosta Romero, Miguel. *Teoría general del derecho administrativo.* Editorial Porrúa, 1983. México.

Carrillo Castro, Alejandro. *La reforma administrativa.* Tres tomos. Editorial Miguel Angel Porrúa, 1983. México.

De la Madrid Hurtado, Miguel. *Estudios de derecho constitucionaL* Editorial Porrúa, 1982. México.

"Exposición de motivos de las reformas y adiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal" en *Cuadernos de Divulgación Legislativa,* No. 1. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México.

González Femández, José Antonio. "Marco jurídico-administrativo sectorial" en *Programa de Modernización Administrativa,* No. 4. Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1983. México.

Lara Ponte, Rodolfo; Herrera Zárate, Mario y Ruíz de Chávez, Manuel. *El proceso de* la *sectorización en el campo de* la *salud.* Secretaría de Salud, 1984. México.

"Ley General de Salud" en *Diario Oficial de* la *Federación,* 7 de febrero de 1984. México.

Ley Orgánica de la *Administración Pública Federal.* Editorial Porrúa, 1986. México.

Poder Ejecutivo Federal. *Plan Nacional de DesarroUo* 1983-1988. Edición de la Secretaría de Programación y Presupuesto, 1983. México.

Poder Ejecutivo Federal. *Programa Nacional de Salud* 1984-1988. Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1984. México.

Ruíz Massieu, José Francisco. "La descentralización de los servicios de salud" en *Revista de Salud Pública,* No. 1, Vol. 26. Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1984. México.

Secretaría de Salud. *Evaluación del Programa Nacional* de *Salud* 1984-1988. *Periodo* 1983-1986. 1986. México.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Programa* de *Sectorización* 1984-1988. 1984. México.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Meca-*

nismos de integración sectorial. 1983. México.

Soberón Acevedo, Guillermo el. al. *Hacia un Sistema Nacional de Salud.* Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Servicios de Salud. Universidad Nacional Autónoma de México, 1984. México.

Soberón Acevedo, Guillermo. "Alcances e instrumentos de la sectorización" en *Reunión del Gabinete de Salud.* Edición mimeográfica, 1984. México.

Valdés Olmedo, Cuauhtémoc el. al. *Sistema Nacional de Salud: Avances y perspectivas.* Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1984. México.

Los problemas y programas prioritarios de salud

JESUS KUMATE RODRIGUEZ

Los problemas de salud en México son muy variados y de importancia dispar; la mayoría comprende el ámbito nacional aunque otros tienen carácter regional y si bien las tendencias en eaa todas las causas de enfermedad-muerte apuntan a una mejor atención, la situación actual, salvo el caso de la viruela, informa de los mismos determinantes de enfermedad que en los últimos 40 aftoso

El país cursa la llamada transición epidemiológica, condición en la que coexisten las enfermedades infecto-contagiosas en moderada declinación, con la patología del desarrollo (accidentes, neoplasias y cardiopatías) en franco ascenso.'

Por otra parte, los costos de operación del sistema de salud se han incrementado enormemente en las últimas 4 décadas; la población demanda más y mejores servicios, la tecnología se ha complicado y los presupuestos destinados a salud no han aumentado en proporción al encarecimiento de los insumos y la demanda de servicios.'

Ante la limitación de recursos y el gran número de problemas que ameritan atención, es imperativo el adjudicar prioridades en el ejercicio presupuestal, así como en el estudio e investigación de la patología que debe ser atendida en primer lugar.'

La identificación de prioridades en materia de salud atiende tradicionalmente a los criterios de: la importancia del problema, la trascendencia o efecto, la vulnerabilidad y la factibilidad de las medidas de control."

Las expresiones objetivas de los factores a

1 Sepúlveda, J. "La transición epidemiológica en México: mitos y realidades", en *La salud en México: testimonio*, 1987.

2 jennett, B. *High technology* medicine. *Benefíts and burden&.* Oxford. Oxford University Press, 1986.

3 Fuchs, V. R. *Tbe health economy.* Cambridge. Harvard University Press.1986.

4 0 PS. *Prioridades nacionales.* Programa para el Control de las Enfermedades Diarreicas. Washington, OPS.OMS.

considerar plantean problemas no resueltos en cuanto a la naturaleza de las magnitudes manejadas, que van desde entidades númericas precisas como enfermos, defunciones, inválidos o costos hasta indicadores híbridos en los que intervienen apreciaciones subjetivas, en donde a veces se impone injustificadamente un carácter cuantitativo, como en el caso de introducir una escala' numérica a la gravedad clínica de una enfermedad o la trascendencia de una acción sanitaria.

La importancia creciente de los aspectos monetarios en el sector salud, ha hecho que se consideren factores econométricos en la toma de decisiones en materia de política sanitaria y que en la definición de prioridades se tomen en cuenta no sólo las posibilidades presupuestales, sino también el rendimiento o productividad de las acciones de salud puestas en práctica.'

Definición de la Importancia Relativa de los Factores a Considerar

La evaluación se ha centrado tradicionalmente en: 1) El número de fallecimientos por causas (según los certificados de defunción), es la primera aproximación y se estila enumerar las 10 primeras causas de mortalidad como las prioridades en materia de saludj" 2) La magnitud de la morbilidad, juzgada por la prevalencia (número de enfermos existentes en un momento dado) y la incidencia (número de episodios morbosos ocurridos durante el lapso de un año por cada 100,000 habitantes). Es un indicador de la demanda inmediata de servicios que requiere la población, y 3) El tamaño de la invalidez generada por enfermedad, apunta a las necesidades de cuidados para enfermos crónicos, servicios de rehabilitación y de asistencia social.

Efecto Mediato de la Enfermedad

La fase aguda de la enfermedad y la muerte son eventos que plantean necesidades asistenciales y 'consecuencias trascendentes a corto plazo; como tales han ocupado la atención de los planificadores de salud y política sanitaria.

La afectación patológica según los grupos etarios introduce un elemento de ponderación para adjudicar prioridades; en efecto, la defunción de un lactante respecto a la de una persona mayor de 65 años, tiene consecuencias mediatas muy diferentes respecto a la productividad y a las posibilidades de contribuir en la sociedad. Se usa el término "años de vida potencial perdidos", calculado al restar de 65 la edad en que ocurrió el fallecimiento; resultando una aproximación que considera las defunciones de los ancianos como no relevantes en la definición de prioridades." (Véase cuadro 1).

En materia de morbilidad, los episodios agudos se contabilizan como días y la evolución de los crónicos como casos, queda la interrogante de cómo homologar o equiparar muertes con días de enfermedad o casos de invalidez.

En un sistema con aceptación general, dependiente del criterio personal del médico

SWillems, J.S. y Sanders, C.R. "Cost-effectivenesa and costo benefit analyses oí vaccinea", col. *Infect. Dis.* 144: 486-493, 1981.

6WHO. *Manual of* mortality *analysis*. Ginebra. World Health Organisation, 1977.

7COC. "Changes in premature mortality", en *M.M.W.R.* 34: t7-27,1985.

CUADRO 1

AÑOS DE VIDA POTENCIAL PERDIDOS* SEGUN CAUSAS DE MORTALIDAD (MEXICO, 1983)

CAUSAS	DEFUNCIONES		AÑOS DE VIDA POTENCIAL PERDIDOS	
	NUMERO	% DEL TOTAL	NUMERO	010 DEL TOTAL
infección intestinal	33,703	8.15	1'707.060	16.50
Neumonías e influenza	26.063	6.30	1'044.031	10.09
Hipoxia y neumoparfas del feto y recién nacido	11.882	2.88	772.330	7.46
Accidentes de tráfico	14.473	3.50	449.786	4.35
Homicidios y violencia	12.918	3.12	378.786	3.66
Tumores malignos	32.175	7.78	327.204	3.16
Cirrosis y hematopatfas crónicas	16.609	4.02	212,187	2.05
Diabetes mellitus	18.880	4.57	97.314	0.94
Infarto del miocardio	14.133	3.42	78.198	0.76

*Edad al fallecimiento x(65-edad al morir) x número de casos.

evaluador, se obtienen los equivalentes de mortalidad infantil. Se trata de calcular cuántos días de enfermedad o cuántos casos de minusvalía en un grupo etario determinado (escolares, adultos en cdad productiva y mayores de 65 años) son equivalentes a la muerte de un niño menor de 5 años."

En la primera etapa se establecen niveles de gravedad en relación a la morbilidad; la apreciación puede ser tan simple como ordinario (benigno), grave (complicado) y mortal o, bien, más completa como la utilizada por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, que distingue:

8Institute of Medicine. "New vaccine development. Establishlng prioríties", en *Díseases of importance* in *the United Stotee,* Washington, D.C. NationaJ Acaderny Presa, 1985.

A. Molestias menores, locales o generalizadas que requieren cierta restricción en las actividades cotidianas o en el trabajo.
B. Trastornos moderados que imponen guaro dar reposo y ausentismo laboral.
C. Síntomas y signos que obligan a la hospitalización.

La gradación de la incapacidad en la norma del Instituto de Medicina discrimina:

D. Minusvalía moderada crónica que requiere hospitalización.
E. Incapacidad moderada a grave que necesita manejo hospitalario y restringe importantemente la capacidad de trabajo.

F. Invalidez permanente.
G. Deterioro reproductivo que provoca infertilidad.

El evaluador o, mejor, un grupo de expertos adjudica un valor numérico en cada una de las categorías descritas, que señale la equivalencia en días de enfermedad aguda (A-C) o casos de incapacidad (D-G) respecto a una defunción en el mismo grupo etario,

El valor asignado en el primer ejercicio se multiplica por el valor correspondiente a la equivalencia asignada -por el evaluador o el grupo de expertos- al fallecimiento en cada grupo etario respecto a la muerte por la **misma causa en un niño menor de 5 años.**

El paso final es el cálculo de la carga patológica, que permite comparar la importancia relativa de las enfermedades y adjudicar prioridades:

$$\text{Carga patológica} = \frac{\text{casos x duración}}{\text{equivalente de mortalidad infantil por grupo etario}}$$

Tratándose de invalidez:

$$\text{Carga patológica} = \frac{\textbf{casos}}{\text{equivalente de mortalidad infantil por grupo etario}}$$

Se trata de un refinamiento respecto al criterio de años de vida potencial perdidos; es más completo, ya que toma en cuenta factores adicionales, pero se presta a variaciones importantes en la apreciación."

Prioridades según Magnitud de Problemas

La mortalidad según causas del fallecimiento anotadas en el certificado de defunción, constituye una aproximación aceptable respecto a los problemas más importantes en la salud pública de un país. La información de las 10 primeras causas para 1983, se presenta en el cuadro 2_

El panorama epidemiológico presentado es el de un país con serios problemas de índole infecciosa (diarreas e infecciones agudas de vías respiratorias), con tasas de letalidad elevadas en violencia y accidentes, y una participación muy importante de la patología crónico-degenerativa (diabetes, cirrosis, cardiopatías isquémicas, enfermedad cerebrovascular y tumores malignos).

La comparación con lo acontecido en 1929-1931 y 1955-1957,10 permite conocer cuáles cambios han ocurrido en los últimos cincuenta años respecto a las diez causas más importantes de letalidad (véanse los cuadros 3 y 4)_

Las tasas expresadas por 100,000 habitantes o por 1,000 nacidos vivos en la patología neonatal, ilustran el progreso cuantitativo en el lapso de la media centuria, independientemente del orden de importancia. La participación porcentual en cada corte cronológico

[9] **Institute oí Medicine.** "New **vaccine development.** Establíahing priorttíes", **en** *Diseases* **o[** *importance* **in** *developing countries.* **Vol. n. Washington, D.C. Nalional Academy Press,** 1986.

[10] **Almada Bay, 1.** *La mortalidad* **en** *México, J922·1975.* **Mé·** xico. IMSS. 1982.

CUADRO 2

LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MEXICO (1983)

CAUSAS	FALLECIMIENTOS				
	CLAVE'	NUMERO	010	0 10 ACUMULADO	TA5A1100,OOO
Infección intestinal mal definida	016	33,703	8.15	8.15	45.2
Tumores malignos	08-17	32,175	7.78	15.93	43.1
Neumonías e influenza	321	26.063	6.30	22.23	34.9
Diabetes mcllitus	181	18,880	4.57	26.80	25.3
Cirrosis y heparoparfas crónicas	347	16.609	4.02	30.82	22.3
Enfermedad cerebrovascular	29	16,361	3.96	34.78	21.9
Accidentes de tráfico	E471	14,473	3.50	38.28	19.4
Infarto del miocardio	270	14,133	3.42	41.70	18.9
Homicidio y violencia	E55	12,918	3.12	44.82	17.3
Hipoxia y neumopatías del recién nacido	454	11,882	2.88	47.70	15.9
Otras		216,203	52.30	100.00	
TOTAL		413,403	100.00	100.00	

· 9a. Clasificación bternacional de Enfermedades (OMS, 1975).

apunta sobre la importancia relativa en ese año o trienio, respecto al conjunto de las 10 primeras causas,

La letalidad por causas cuando se agropa por estados o regiones apunta en algunos casos, como en las diarreas, infecciones agudas de las vías respiratorias y en mortalidad materno-infantil, a grandes diferencias que señalan prioridades para resolver problemas en base regional o bien derivar mayores recursos a las áreas críticas.

Algunas de las limitaciones de! sistema son:

1. El fallecimiento no es certificado por médico en poco más del 10 por ciento de los casos y, en algunos estados, la proporción puede ser del 20 por ciento. La causa de la muerte se registra equívoca y en muchos casos se asienta: paro cardiaco o disritmia cardiaca, sin relación con la etiología verdadera.
2, En algunos casos la causa registrada con todo y ser cierta es el evento final y no considera otros factores predisponentes que fueron decisivos para el deceso, v.gr.: e! sarampión y las diarreas, la tuberculosis y la desnutrición, y la tuberculosis o las neumonías y bronconeumonías. En los accidentes y homicidios no aparece como causa responsable o asociada el alcoholismo y en los suicidios no se establece la relación con la depresión, el alcoholismo y los trastornos afectivos diversos.
3. En algunas enfermedades la letalidad es in-

CUADRO 3

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MEXICO (1929·1931)

CAUSA	TASA ANUAL		
	DEFUNCIONES 1929-1931	100,000 HABITANTES	PORCENTAJE
Diarrea y enteritis	292,061	586.8	22.2
Influenza y neumonías	236,912	476.0	18.0
Paludismo	98,584	198.1	7.5
Tosferina	58,020	116.6	4.4
Viruela	52,078	104.6	4.0
Disentería (todas formas)	48,458	97.4	3.7
Ciertas enfermedades de la primera infancia	47,482	95.4	3.6
Tuberculosis (todas formas)	41,15 I	82.7	3.1
Sarampión	40,S11	81.4	3.1
Accidentes	35,303	70.9	2.7
Otras causas	365,498	734.1	27.1

CUADRO 4

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MEXICO (1955·1957)

CAUSA	TASA ANUAL		
	DEFUNCIONES 1955-1957	100,000 HABITANTES	PORCENTAJE
Gastroenteritis	208,292	227.5	17.5
Influenza y neumonías	185,018	202.0	15.5
Enfermedades propias de la primera infancia	123.91\	135.3	10.4
Enfermedades del corazón	83.675	91.4	7.1
Paludismo	60.832	66.4	5.1
Accidentes	44,049	48.1	3.8
Homicidios	34.813	38.0	2.9
Tumores malignos	34,594	37.8	2.9
Bronquitis (todas formas)	29,009	31.7	2.4
Tuberculosis (todas formas)	28,580	31.2	2.4
Otras causas	358,034	390.9	30.0

significante o nula y, sin embargo, son problemas importantes de salud pública, e. g.: el paludismo, la oncocercosis, la poliomielitis, el mal del pinto (antes de 1964), las anemias ferroprivas, las parasitosis intestinales, las otitis medias purulentas, los accidentes de trabajo (invalidantes o no), las enfermedades venéreas, las caries dentarias, etcétera.

4. Tratándose de los fallecimientos en el periodo neonatal existe un subregistro en México, que en algunas regiones puede ser de más de 30 por ciento, especialmente en áreas rurales. Cuando se corrige la mortalidad infantil mediante la mortalidad preescolar, resulta que hay una subestimación importante y que se informan como nacidos muertos a niños que fallecieron varios días o semanas después del nacimiento. Este factor es importante en la correcta apreciación de la mortalidad perinatal y neonatal temprana.u

La diferenciación entre diabetes, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular, aunque justificada, deja de lado el que la diabetes condiciona y facilita los infartos y los accidentes cerebrovasculares, por lo que la letalidad por diabetes es inferior a la real.

Demanda de Servicios Asistenciales

Un indicador de la magnitud de los problemas de salud es la demanda de servicios asistenciales según causa de enfermedad. En términos generales, como era de esperarse, hay correspondencia entre las primeras causas de muerte y las principales enfermedades motivo de consulta médica. Así, las infecciones agudas de vías respiratorias, las diarreas, la diabetes, las urgencias médico-quirúrgicas (accidentes, violencia, accidentes cerebrovasculares, infartos) y la atención de patología crónica como cardiopatías (hipertensión), tumores y enfermedades degenerativas, aparecen en los registros de las causas más comunes de consulta médica."

La limitación de la demanda de asistencia médica, como criterio para establecer prioridades en materia de salud, es la gran subestimación de la magnitud real de los problemas bajo escrutinio; así, en tanto que el Boletín de Epidemiología del Sector Salud" en 1985, informó de 3,204,419 episodios de gastroenteritis y otras enfermedades diarreicas, de los cuales el 44.9 por ciento ó 1,438,464 correspondieron a menores de 5 años, una encuesta nacional que abarcó a más de 100,000 niños" informó que en ese año el promedio de episodios diarreicos en lactantes y preescolares fue de 4 por año. Si se calcula que el 14 por ciento de la población es menor de 5 años, el número de cuadros de enteritis fue de 78'000,000 x 0.14 x 4 = 43'680,000 ó una subestimación de 3,036 por ciento.

La subestimación puede no tener la impor-

llPeláez G., M.L. "Estimación del subregistro de la mortalldad infantil en América Latina", en *Arch. Arg. Pedo 79:* 428-438. 1981.

12 IMSS. *Boletin Epidemiológico* 1985. Subdirección General Médica/Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva del lMSS. México. 1986.

13SSA. *Boletín Mensual* de *Epidemiología.* 1: 56, 1986.

14 SSA. *Encuesta sobre morbilidad, mortalidad* y *tratamiento de diarreas* en *México.* Subsecretaría de Servicios de Salud/ Dirección General de Epidemiología. México, 1986.

tancia numérica calculada, ya que la gran mayoría de los episodios diarreicos son transitorios, auto-limitados, no requieren la asistencia médica y, como tales, ni ocupan tiempo y recursos de los servicios médicos ni son causa inmediata de invalidez o incapacidad importante o muerte.

Consideraciones similares pueden hacerse en patologías como las enfermedades de transmisión sexual. Se estima que por cada caso de gonorrea conocidos por las autoridades de salud pública hay de 6 a 7 que no son informados y que fueron atendidos a título privado.

En la poliomielitis se calcula que por cada caso con parálisis hay de 50 a 1000 infectados, en los que la manifestación clínica es un cuadro febril "inespecífico", la "enfermedad menor" o cuando mucho un episodio de encefalitis que no deja secuelas aparentes.

En el caso de la fiebre tifoidea, en 1985 se tuvo un registro de 8,111 casos y, como es de esperarse, 500 defunciones; sobre la base de una letalidad de 1 a 2 por ciento, el número real de casos debió ser de 50,000 a 100,000.

La atención profesional a la demanda asistencial es de la mayor importancia, ya que:

1. Satisface una necesidad de primer orden y que desde siempre ha planteado su cuidado; cuando no hay capacidad profesional se recurre a personal que pueda cuidar, aunque no curar, a los enfermos. La cobertura de servicios asistenciales es un indicador muy real del servicio prestado a la patología más frecuente del país.
2. La atención de eventos fisiológicos y clínicos, como el embarazo y el trabajo de parto, es condición síne *qua non* para todo servicio de salud que se precie de organización y efectividad elementales. El que en México sólo la mitad de los partos sean atendidos por personal profesional señala la magnitud del problema por resolver.

   El diagnóstico y atención oportuna de muchas enfermedades implica una inversión a futuro, ya que pueden alertar complicaciones y limitar incapacidades, v. gr.: el manejo apropiado de las faringitis estreptocóccicas puede eliminar a la fiebre reumática y las cardiopatías consecuentes (profilaxis primaria), el tratamiento correcto de las uretritis gonocóccicas puede evitar la causa más importante de infertilidad femenina,
3. La importancia de servicios médicos eficaces es fundamental para la evolución inmediata y mediata de la patología atendida. Algunos ejemplos: el tratamiento oportuno o tardío de las enfermedades transmisibles disminuye o elimina la posibilidad de infección a otros susceptibles. Tal es el caso en las enfermedades de transmisión sexual, el paludismo, las infecciones por enteropatógenos, las parasitosis intestinales. En la tuberculosis, los tratamientos disponibles permiten la inactivación rápida de *M. tuberculosis* y posibilitan el manejo ambulatorio extrahospitalario con la consiguiente reducción en el costo; la consulta y práctica del examen de Papanicolau logran descubrir el cáncer del cérvix uterino en fases susceptibles de tratamiento. Habida cuenta de la factibilidad de las acciones y de la capacidad para ofrecer los servicios curativos consiguientes, se trata de una patología con altísima prioridad; el descubrimiento de la diabetes antes de que se es-

tablezcan situaciones de grave compromiso circulatorio, posibilita acciones efectivas para retrasar la evolución del proceso degenerativo, con la consiguiente mejoría en la calidad de vida y en la mayor supervivencia; ambas son dependientes de servicios asistenciales fácilmente asequibles.

Vulnerabilidad

Los problemas de salud pública pueden ser de primera magnitud cuantitativa, afectar a sectores mayoritarios y producir efectos indeseables de la mayor importancia, v. gr.: letalidad elevada, secuelas invalidantes frecuentes que, en varios casos, no disponemos de medios efectivos para curar a los afectados, para evitar la enfermedad en los susceptibles o para retardar la aparición de cierta patología degenerativa. Tal es el caso del SIDA, de las enfermedades cerebrovasculares, de muchas formas de cáncer, de la mayoría de las cirrosis, de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, de gran parte de la patología articular degenerativa y de una porción significativa de la insuficiencia renal crónica.

En cambio, el progreso biomédico y los adelantos tecnológicos han provisto de medios para resolver muchos problemas de salud pública, otrora insolubles, de muy difícil control o de un costo no asequible a la mayoría de los afectados. Las enteritis de etiología microbiana, la mayoría de las infecciones agudas de vías respiratorias, la sífilis, las uretritis gonocóccicas, la tuberculosis, las rickettsiosis, las valvulopatías cardiacas, las cardiopatías congénitas, los trasplantes de órganos y tejidos, la medicación psicotrópica, las infecciones vulnerables por las inmunizaciones, todas las geohelmintiasis y la lepra son ejemplos representativos de patología susceptible de control, erradicación o de una contribución que lleve alivio importante a la enfermedad.

Factibilidad de las Medidas de Control

La posibilidad real de poner en práctica acciones de salud tendientes a controlar o resolver un problema importante de salud pública es otro elemento de juicio para normar el criterio en la adjudicación y establecimiento de prioridades.

Algunas de las consideraciones que se plan. tean en materia de factibilidad son el costo de las medidas de control propuestas: los recursos del sector salud, aun en los países industrializados, son limitados y en la mayoría de las decisiones de prioridad intervienen juicios acerca de costo-beneficio, costo-efectividad o simplemente de capacidad presupuesta] para llevar al cabo la acción que las consideraciones de magnitud, efecto y vulnerabilidad señalaron, técnica y políticamente, como la más aconsejable.

El que la puesta en operación involucre inversiones e intervención en otros sectores del gobierno complica el ejercicio en casi todos los problemas prioritarios de salud. Así, el control de las diarreas de origen microbiano es inalcanzable en tanto no se disponga de agua potable intradomiciliaria abundante, opere un sistema apropiado para eliminar desechos humanos, exista un control sanitario de alimentos y bebidas; así como que la población tcnga la costumbre de hábitos higiénicos mínimos (lavado de manos, cuidado

en la preparaclon y conservacion de alimentos), acciones que no están bajo el control directo del sector salud.

En la mayoría de los casos, la limitación es de índole económica sin más complicaciones como en el paludismo, donde el incremento en el precio de los plaguicidas ha detenido la campaña antivectorial; la tuberculosis y la lepra, en las que los antimicrobianos efectivos son mucho más caros que los utilizados en la década anterior; la mortalidad materna, por la insuficiente cobertura de servicios de atención médica primaria que resulta en ausencia o insuficiencia de consultas prenatales y en la atención no-profesional del parto, así como en el diagnóstico oportuno (temprano) del cáncer del cérvix uterino, en el cual se dispone de sólo la tercera parte en personal idóneo y capacidad instalada (equipo de microscopía), para atender la demanda potencial de la población en riesgo.

En no pocas ocasiones, el obstáculo a vencer para la operación del sistema de control es la no aceptación de la población, como ocurre con la planificación familiar en las áreas rurales y en la falta de participación masculina en las prácticas anticonceptivas. En otros casos es la escasa motivación para demandar o aceptar una acción de salud, tal es el caso de algunas vacunaciones.

Los problemas de factibilidad con origen médico no dejan de ser importantes en problemas prioritarios, algunos ejemplos representativos son la escasa utilización de soluciones orales en la deshidratación por diarrea, el abuso y mal uso de antibióticos, los tratamientos incompletos en la tuberculosis, el frecuente olvido del examen de Papanicolau, el manejo inadecuado de la dieta en los episodios diarreicos, etcétera.

La Coordinación Nacional de los Servicios de Salud durante el lapso 1981-1982, la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1982-1984 y la Secretaría de Salud, desde 1985, coincidieron en adscribir la más alta prioridad a los siguientes temas:

Enteritis y diarreas de *etiología microbiana*

Magnitud: la causa más importante de mortalidad general, infantil y preescolar, responsable del mayor número de años de vida potencial perdidos.

Efectos: agravamiento de la desnutrición o deterioro nutricional; condicionantes de cursos clínicos más graves en infecciones concurrentes.

Vulnerabilidad: letalidad disminuible por lo menos a un tercio de la actual con los recursos terapéuticos disponibles.

Factibilidad: absoluta.

Infecciones agudas de *las vías respiratorias*

Magnitud: la causa más importante de morbilidad general con las tasas más elevadas antes de los 5 y después de los 65 años.

Efectos: propicia elevadamente el ausentismo escolar y laboral.

Vulnerabilidad: limitada a disminuir la letalidad.

Factibilidad: costo-beneficio favorable.

Enfermedades que se *pueden prevenir por vacunación*

Magnitud: de mediana a limitada.

Efectos: secuelas de toda índole: algunas **permanentes.**

Vulnerabilidad: de 80 a 100 por ciento.

Factibilidad: absoluta, costo-beneficio máximo, existencia de compromisos internacionales.

Planificación familiar

Magnitud: máxima a principios de los setentas y grande en la presente década.

Efectos: inmediatos en la mortalidad materna y mediatos para la mortalidad en me**nores de 5 años.**

Vulnerabilidad: casi completa con métodos **anticonceptivos modernos.**

Factibilidad: absoluta, si hay colaboración familiar.

Accidentes

Magnitud: la máxima en adolescentes y adultos; el número de años de vida potencial perdidos es de los más grandes.

Efectos: invalidez frecuente, disrupción del sustento económico familiar y de Ia'productividad comunitaria.

Vulnerabilidad: completa mediante educación y dispositivos de seguridad.

Factibilidad: muy realista mediante inver**siones moderadas y educación; la relación** costo-beneficio es muy elevada.

Paludismo

Magnitud: importante en los estados donde se ubican los yacimientos petrolíferos, casi todos los centros turísticos y los valles agrícolas.

Efectos: inmediatos en la productividad, mediatos en patología muy diversa, agrava**miento durante el embarazo.**

Vulnerabilidad: variable en función de la resistencia del vector y de los plasmodios o de la realización de obras de ingeniería **sanitaria.**

Factibilidad: dependiente de la disponibilidad de plaguicidas, medicamentos eficaces, **colaboración comunitaria y desarrollo** so**cioeconómico.**

***Cáncer** cénnco-uterino*

Magnitud: la máxima o cercana a la primera entre los tumores malignos.

Efectos: disrupción del núcleo familiar cuando los hijos se encuentran en la etapa **formativa.**

Vulnerabilidad: casi completa en las etapas **iniciales.**

Factibilidad: asequible con los recursos disponibles en nuestro país.

Adicciones

Magnitud: poca importante ahora, pero en aumento significativo en la frontera norte y Sinaloa.

Efectos: devastadores.

Vulnerabilidad: muy moderada.

Factibilidad: costosa, multisectorial.

Malnutrición

Magnitud: importante en etapas o grados iniciales.

Efectos: significativos en los primeros años de la vida y en el embarazo.

Vulnerabilidad: 100 por ciento en la prevención y muy grande en la curación.

Factibilidad: costosa, multisectorial socioeconómica dependiente.

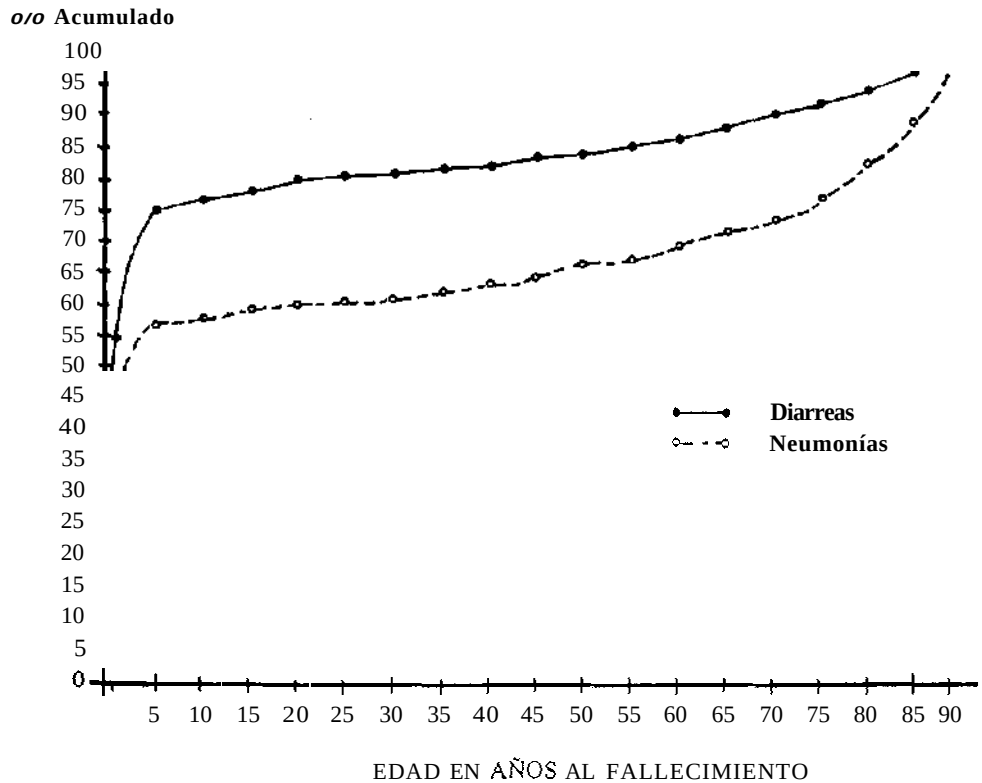
Para que el lector obtenga un panorama comparativo más amplio sobre la materia que nos ocupa, a continuación se muestran algunas de las estadísticas captadas en el año de 1983.

DlSTRffiUCION ETARIADE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD (MEXlCO, 1983)

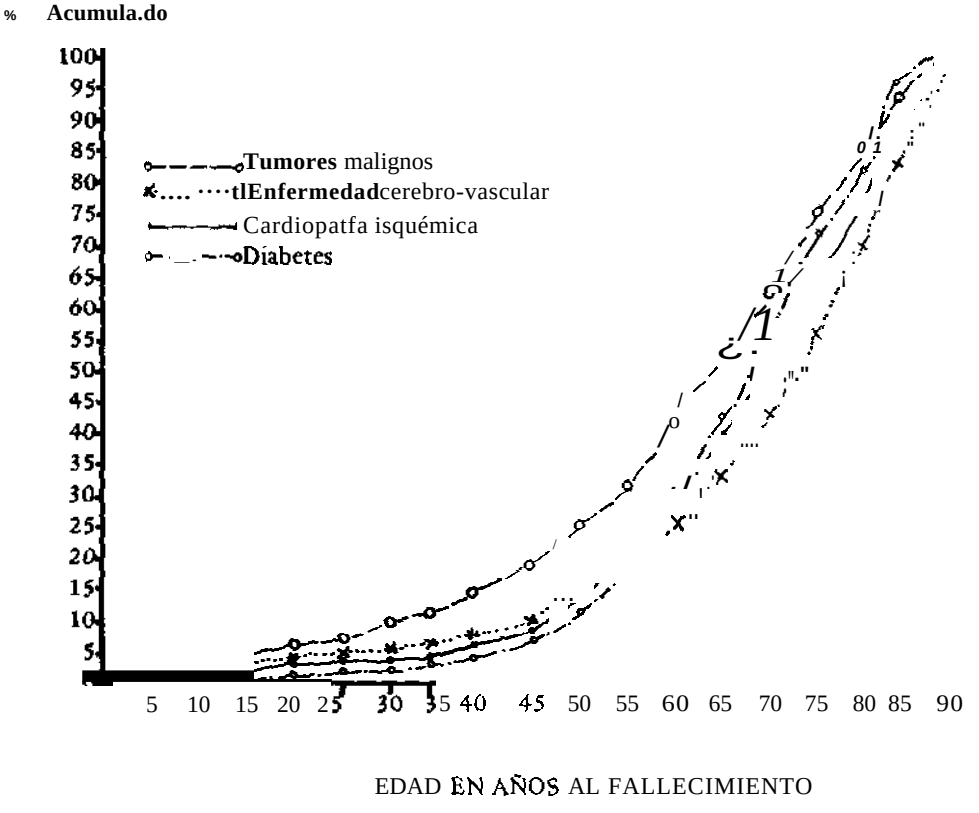
CAUSAS·	DEFUNCIONES SEGÚN GRUPO ETARIO (o/e)				
	LACTANTES <1	PREESCOLARES 1-4	ESCOLARES 5-14	ADULTOS 15-64	MAYORES DE 65 AÑOS
Infección intestinal	18,284 (54.7)	6,680 (20.0)	1,046 (3.1)	2,650 (7.9)	4,776 (14.3)
Tumores malignos	156(0.5)	454(1.4)	942(3.0)	14,955(46.8)	15,428(48.3)
Neumonías e influenza	12,403(48.2)	2,390(9.3)	637 (2.5)	3,065 (11.9)	7,228 (28.1)
Diabetes mellitus	25 (0.1)	23 (O.l)	47 (0.3)	8,071 (43.0)	10,587 (56.5)
Cirrosis y hepatopatías cromcas	25 (0.2)	25 (0.2)	27 (0.2)	12,344 (75.2)	3,989(24.3)
Enfermedad cerebrovascular	116 (0.7)	65 (0.4)	128 (0.8)	5,128 (31.6)	10,779(66.5)
Accidentes de tráfico	77 (0.5)	694 (4.9)	1.556(11.0)	10,394(73.2)	1,483 (10.4)
Infarto del miocardio	34 (0.2)	19 (0.1)	31 (0.2)	5,527 (39.4)	8,406 (60.0)
Homicidio y violencia	79 (0.6)	108 (0.9)	340 (2.7)	11,269 (90.4)	670 (5.4)
Hipoxia y neumopatías del recién nacido	10,966(100.0)	-------	-------	---------	--------

*9a. Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 1975).

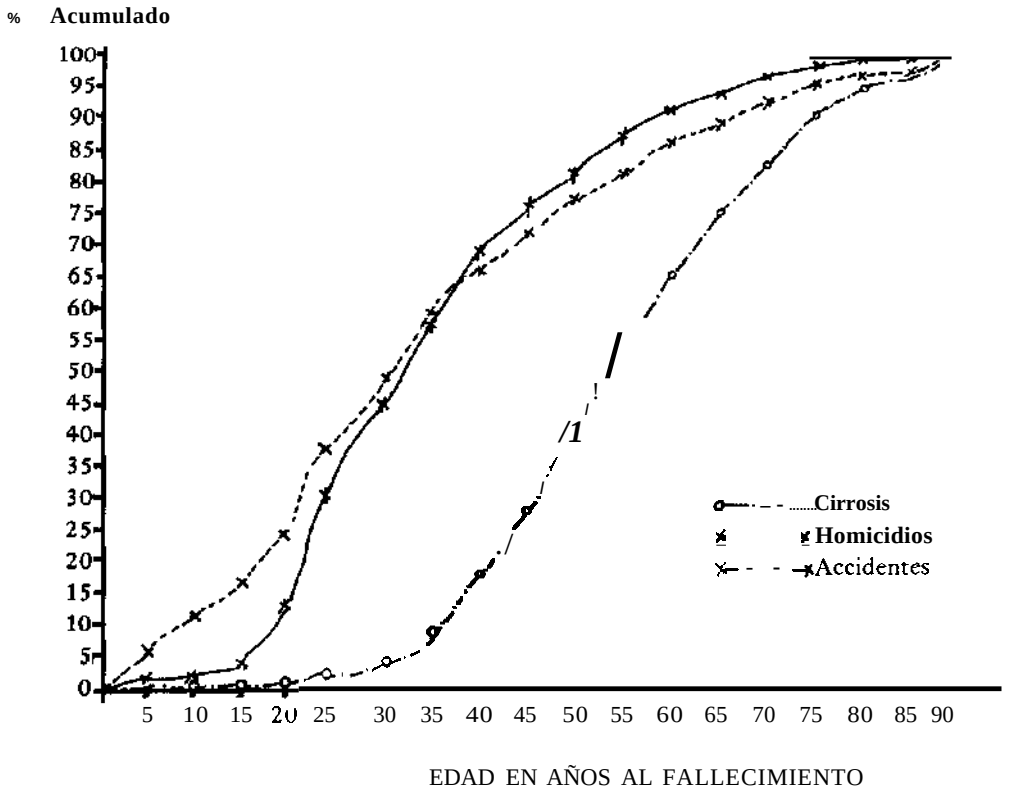
DISTRffiUCION ETARIA DE LA MORTALIDAD POR PATOLOGIA **INFECCIOSA (MEXICO, 1983)**



DISTRffiUCION ETARJA DE PATOLOGIA CRONICO-DEGENERATI VA (MEXICO, 1983)



DlSTRffiUCION ETARIA DE PATOLOGIA RELACIONADA CON EL COMPORTAMIENTO
(MEXICO, 1983)



La regulación, el control y el fomento sanitario. El caso de México

JAIME MARTUSCELLI QUINTANA
y *SERGIO SANDOVAL HERNANDEZ*

1. ORGANIZACION GENERAL

La revisión integral de las estructuras y funciones de la Secretaría de Salud, permitió conformar un modelo en el cual se correlacionan los niveles básicos de las misma: a) El de dirección, control y relación; b) El normativo; c) El de coordinación y enlace institucional, y d) El operativo, con los principales sistemas técnicos que rigen en ella: a) Sistema de regulación institucional, a cargo de la Subsecretaría de Planeación, que comprende las funciones de planeación, programación, presupuestación, evaluación, información, organización y coordinación sectorial; b) Sistema de apoyo institucional, con las funciones de administración y desarrollo de personal, administración de recursos materiales y abastecimiento, contabilidad interna y administración del patrimonio de la beneficencia pública; c) Sistemas sustantivos de regulación de los servicios de salud, de regulación sanitaria, de enseñanza y de investigación y desarrollo. El primero a cargo de la Subsecretaría de Servicios de Salud y con las funciones de vigilancia epidemiológica, medicina preventiva, planificación familiar, regulación de los servicios de salud, y biológicos y reactivos. Los siguientes, responsabilidad de la Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo, abarcan las funciones de control sanitario de insumos para la salud, control sanitario de bienes y servicios, salud ambiental y ocupacional, investigación y desarrollo tecnológico en salud, coordinación de enseñanza en salud, educación en salud pública y regulación de la transfusión sanguínea; d) Sistema de coordinación institucional, que interactúa en cuatro campos básicos: Institutos nacionales de salud, programas prioritarios de salud, programas y comisiones especiales en salud y servicios estatales de salud; e) Sistema de

dirección, control y relación, que coincide con el nivel del mismo nombre, y f) Sistema operativo, que abarca las funciones de todas las áreas aplicativas, bien sean desconcentradas o descentralizadas, por función o territorio.

Una vez que se han mencionado los principales elementos del Sistema Nacional de Salud, resultará más sencillo demostrar la estrecha relación que tienen las cinco estrategias del mismo con el desenvolvimiento general del Sistema de regulación, control y fomento sanitarios a nivel nacional.

En materia de *sectomación,* de acuerdo con lo previsto en el Programa Nacional de Salud, la Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo formuló un programa de mediano plazo (1985-1988), para la regulación, el control y el fomento sanitarios. Los programas y presupuestos anuales de las unidades responsables se han formulado siguiendo las directrices de este programa sanitario.

En el campo sanitario se ha dado especial énfasis a la investigación en sustancias tóxicas, contaminación y tratamiento de aguas, desechos radioactivos, tratamientos de residuos sólidos, agroquímicos, alimentos perecederos, medicamentos y psicotrópicos, aditivos, tabaquismo y alcoholismo, así como a los estudios para el control sanitario de la publicidad.

En materia de *modernización administrativa,* la integración de la Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo constituye uno de los mejores ejemplos gubernamentales de compactación y racionalización de estructuras y funciones, sin pérdida de capacidad operativa y de control dentro de una línea de desarrollo institucional. La progresiva transformación de las áreas de la subsecretaría, en coordinación con la Subsecretaría de Planeación y la Oficialia Mayor, ha tenido que emprender la modernización general de sus recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos, por lo cual, se inició' y dará término en el curso de la presente administración a lo siguiente:

Servicio civil sanitario, que permite reorganizar al personal técnico y de apoyo asociado a. las funciones sanitarias de acuerdo con perfiles y puestos predeterminados y dentro de un nuevo esquema de estabilidad, moralidad y vocación de servicios, y con una alta expectativa de desarrollo profesional para el personal competente y productivo.

Servicio social de pasantes, que ha permitido incorporar a las funciones de regulación, control y fomento sanitarios a los pasantes de múltiples carreras profesionales vinculadas con la problemática sanitaria: químicos, biólogos, veterinarios, biomédicos, toxicólogos, ecólogos, ingenieros industriales en alimentos o informática, comunicólogos, estadígrafos, administradores, etcétera; su incorporación permitirá reforzar los cuadros técnicos sanitarios y ampliar considerablemente la cobertura y calidad de los servicios de sanidad. Se tiene prevista una amplia labor de fomento y orientación sanitaria a nivel nacional, en la cual será indudable su utilidad. Resulta conveniente señalar que la instauración del servicio social de pasantes está íntimamente relacionado con el desarrollo del servicio civil sanitario, al constituirse en la principal fuente alimentadora del mismo y al derivar en el mejoramiento.técnico e interdisciplinario del personal sanitario,

Reorganización de oficinas. A nivel central se realizó la reposición de la infraestructura

material de la subsecretaría que se afectó sensiblemente con motivo de los pasados sismos, para reforzar la capacidad de trabajo, mejorar los servicios a la población y la propia situación del personal. En paralelo, se culminó con e! equipamiento general de las oficinas.

Por otra parte, a nivel estatal se han destinado recursos especiales para reforzar las oficinas sanitarias de los servicios estatales de salud, para asegurar el cumplimiento adecuado de sus funciones. Si bien es cierto que son grandes las carencias en este renglón, se espera lograr un cambio importante en el curso de esta administración.

Reforzamiento de laboratorios sanitarios y de la infraestructura de supervisión. Esta acción es uno de los aspectos más importantes en la modernización sanitaria. Al respecto, se concluyó el inventario nacional de los recursos de laboratorio existentes y se han formulado diversas propuestas orientadas a organizar la red nacional de laboratorios sanitarios en cuatro niveles básicos: el cuarto nive! responsable de normar y conducir la red de laboratorios; e! tercer nivel de laboratorios, de carácter regional y responsable de efectuar en ese ámbito los estudios e investigaciones sanitarias y realizar los análisis sanitarios más complejos, formar el personal especializado, fundamentar las autorizaciones en materia de salubridad general y verificar la operación de los laboratorios de menor nivel; el segundo nivel, responsable de fundamentar las acciones sanitarias a nivel estatal y, el primer nivel, de cáracter municipal, jurisdiccional o microregional, para estudios y acciones sanitarias de carácter simple o directo.

En paralelo, se reforzará sustancialmente el equipamiento de laboratorios y la implantación de las unidades móviles de laboratorio indispensables. Además, se rehabilitará y ampliará la flotilla de vehículos de supervisión sanitaria, para sustituir la actual que se encuentra en plena obsolescencia.

Desregulación sanitaria, que se ha materializado en la instrumentación de los reglamentos de la Ley General de Salud para el control sanitario de las actividades, establecimientos, productos y servicios, y para el control sanitario de la publicidad. El contenido de ambos ha sido ampliamente discutido, tanto con los técnicos de otras dependencias e instituciones gubernamentales como con los especialistas de las cámaras y demás representaciones del sector privado vinculado con sus regulaciones.

De igual manera, pueden señalarse los esfuerzos realizados para la inminente instrumentación de varios centenares de normas técnicas sanitarias, que serán expedidas en colaboración con las Secretarías de Comercio y Fomento Industrial, de Agricultura y Recursos Hidráulicos, y de Desarrollo Urbano y Ecología, según la materia, a fin de vincular las políticas sanitarias con las políticas gubernamentales de comercialización, industrialización, agropecuarias y de ecología. En idéntico sentido, deben mencionarse las normas que en materia de salubridad general concurrente se expedirán para las autoridades sanitarias de los estados y los apoyos previstos para las mismas en la instrumentación de sus normas en materia de salubridad local.

Simplificación de procedimientos sanitarios y desarrollo del módulo de información sanitaria. Esta actividad ya permitió hacer el

inventario de todos los procedimientos sanitarios existentes, así como diseñar e implantar los nuevos flujogramas y manuales básicos. Además de lograrse una importante simplificación en la operación manual de muchos de ellos, ya se concluyó el proyecto de modelo informático sanitario, el cual ha permitido iniciar la automatización general de las funciones y procedimientos sanitarios. Así, por ejemplo, durante 1986 se pudieron operar a nivel central las licencias sanitarias en forma computarizada, así como los registros, permisos y constancias sanitarias y las principales estadísticas de operación. Especial mención merece el manejo electrónico de las inspecciones e inspectores sanitarios, así como el control de gestión integral sobre todas las funciones sanitarias básicas a nivel central.

Modernización documental, que se emprendió para reorganizar los archivos sanitarios de la subsecretaría y cuya antigüedad, volumen y complejidad sólo son paralelas a su importancia. Durante el resto del sexenio se espera lograr su depuración y reorganización general, así como microfilmación, reclasificación sistemática y actualización permanente.

También aquí debe señalarse lo relacionado con la reorganización y desarrollo de los centros documentales y bibliotecas de la subsecretaría, ya que se ha dado especial importancia a la recopilación y sistematización de la amplísima información especializada, nacional o extranjera, que se tiene o que se recibe en grandes volúmenes por las diferentes áreas de la misma. Es evidente la importancia de estos acervos en la fundamentación de las resoluciones sanitarias, en el desarrollo técnico del personal y de las áreas, y en la modernización tecnológica sanitaria de la propia secretaría y de los bienes, insumos y servicios que se regulan por la misma.

En materia de *descentralización,* de acuerdo con el programa de la SSA para la descentralización de los servicios de salud, en 1988 se culminará la descentralización o la desconcentración sanitaria en todos los estados de la República, según sea el caso, y se instrumentarán los modelos básicos para los servicios sanitarios en el país. Desde luego, esto lleva aparejada la realización, a nivel nacional, de las acciones que se han señalado para la modernización sanitaria en materia de laboratorios, servicio civil, servicio social de pasantes, reorganización de recursos, etcétera.

La descentralización sanitaria prevista por la Ley General de Salud, reserva la materia de salubridad general a las unidades centrales de la subsecretaría, las cuales deberán normar, autorizar y supervisar directamente la función en el país. La materia de salubridad general concurrente deberá normarse y supervisarse a nivel global por la propia subsecretaría y su operación directa quedará bajo la responsabilidad de las autoridades sanitarias de los estados. En cambio, la materia de salubridad local será normada, supervisada y operada directamente por las autoridades sanitarias locales con una importante intervención de las autoridades municipales y jurisdiccionales.

La consecuencia de lo anterior exige culminar en breve la expedición de las leyes estatales de salud, así como avanzar considerablemente en la instrumentación de las normas sanitarias tanto federales como estatales.

Al respecto, un punto especial será lograr un modelo nacional sanitario que impida la

heterogeneidad de infraestructuras, la subutilización de recursos y la proliferación de subsistemas aislados o superpuestos y que en cambio pueda armonizar las acciones sanitarias de los tres niveles de gobierno involucrados. Como aspecto capital se considera que múltiples rubros sanitarios exigen una amplia identidad de criterios técnicos y una estrecha coordinación y complementación institucional, para superar el problema que representa el esquema vigente de múltiples organizaciones sanitarias que tradicionalmente advierten un desarrollo muy desigual y han estado acostumbradas a operar simultáneamente.

En materia de *coordinación intersectoriol;* uno de los campos más ricos para la coordinación intersectorial del Sistema Nacional de Salud y del sector salud, está representado por las relaciones que se generan en el ejercicio de las funciones de regulación sanitaria.

La regulación y el control de los insumos para la salud ha propiciado, por ejemplo, una intensa coordinación con la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial para reforzar y reorientar el desarrollo de la industria farmacoquímica en el país.

La vigilancia sanitaria que se realiza en especial sobre diversos establecimientos y servi**cios especializados tales como restaurantes,** bares, gasolineras, centros de recreación y turismo, hoteles, centros de abasto, rastros, estaciones y aeropuertos, requerirá de una amplia labor de coordinación institucional con las autoridades sanitarias de las entidades federativas y con diversas dependencias e instituciones públicas: Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, Secretaría de Energía, Minas e Industria Paraestatal, Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, Secretaría de Comunicaciones y Transportes, Petróleos Mexicanos, Comisión Federal de Electricidad, etcétera, así como con diferentes representantes del sector privado. Al respecto, se tienen muy avanzados los proyectos de acuerdos intersectoriales para cada una de las áreas y materias señaladas.

El control sanitario de las sustancias e industrias peligrosas y la colaboración en la prevención y atención de desastres y accidentes, deberá concretarse durante 1986 en programas y acciones específicos de coordinación intersectorial, para dar respuestas precisas a uno de los renglones más delicados y de mayor complejidad de nuestra realidad socio**económica.**

2. IMPLICACIONES EN EL DESARROLLO SOCIOECONOMICO

La instauración del Sistema Nacional de Salud, promovido por el gobierno de la República para dar pleno cumplimiento al mandato constitucional que elevó a garantía social la protección del derecho a la salud de la población, es una de las manifestaciones más importantes de la administración de Migue! de la Madrid: de renovación y modernidad institucional, para reorganizar los servicios públicos a fin de que éstos respondan a las necesidades y aspiraciones de la sociedad.

En e! marco de una filosofía social que vincula y enriquece los objetivos institucionales con las necesidades y expectativas de la comunidad, y bajo el supuesto de que la salud es una de las mayores riquezas del hombre y una de las condiciones básicas para su bienestar y progreso individual y colectivo, la conso-

lidación del Sistema Nacional de Salud debe entenderse como uno de los elementos básicos que distinguen a un Estado social de derecho; es una de las acciones gubernamentales más destacadas para la democratización de la vida social y para extender a toda la población los beneficios del desarrollo.

En este contexto, habrán de señalarse las acciones de carácter intersectorial involucradas en el establecimiento y operación, a nivel nacional, del Sistema de Regulación Sanitaria que decidió impulsar el gobierno de la República por conducto de la Secretaría de Salud.

Con objeto de asegurar el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, esta secretaría promovió transformaciones sustanciales en la integración y operación tradicional de los servicios de salud en el país. Dentro de los instrumentos reordenadores más sobresalientes que se han impulsado deben señalarse la Ley General de Salud y sus reglamentos; el Programa Nacional de Salud; el Programa para la Descentralización de los Servicios de Salud; la integración y organización del sector salud; la transformación de la dependencia como coordinadora sectorial; la reorganización de las instituciones del sector y la redefinición de los sistemas y funciones internas de la SSA para configurarla como una dependencia esencialmente normativa y de integración sectorial.

Para tal propósito se adoptan cinco estrategias instrumentales: sectorización, modernización institucional, descentralización administrativa, coordinación intersectorial y participación de la comunidad, cuyo objetivo es ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud y propiciar un mejoramiento sustancial en las condiciones de salud de la población. Es en este contexto que se promueve la instauración del Sistema de Regulación Sanitaria a nivel nacional, que abarca el ámbito federal, estatal y municipal y que interviene también en los aspectos de sanidad internacional.

A instancias de la Organización Mundial de la Salud, durante las últimas décadas numerosos países y organismos nacionales e internacionales han emprendido importantes esfuerzos para mejorar la salud de la población, fijando como objetivo mundial el de la salud para todos en el año 2000. Especialistas de 165 países intercambian sus conocimientos y experiencias en materia de salud para que esta meta pueda alcanzarse y hacer posible que la mayor parte de la población mundial lleve una vida social y económicamente productiva. México, como Estado miembro de esta organización, ha promovido una vasta reorganización general de sus servicios de salud, ampliando y mejorando la cobertura de los mismos y elevando substancialmente las condiciones de salud y bienestar de la población.

En este entorno, nuestro país ha reforzado sus acciones de prevención y lucha contra las enfermedades, y mejoramiento de la nutrición y de las condiciones de desarrollo socioeconómico de la población, modernizando sus servicios, mejorando las condiciones ambientales, promoviendo un desarrollo sanitario integral, vigilando y promoviendo la calidad de actividades, productos, establecimientos y el perfeccionamiento del personal de salud, ampliando las acciones de coordinación sectorial e intersectorial, favoreciendo las investigaciones biomédicas y sobre servicios de salud y concediendo un carácter prioritario a la

planificación y ejecución de los programas de salud.

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han trabajado intensamente para vincular las metas de salud con el desarrollo socioecónomico general y el mejoramiento integral de la agrioultura, no sólo para asegurar una mayor calidad y volumen en producción de bienes y servicios, sino también para mejorar su manejo, distribución, conservación e higiene, ante la evidencia de que aún mucha gente no dispone de los bienes o servicios indispensables en cantidades suficientes, no obstante el aumento incesante de la producción. Así, por ejemplo, en el terreno alimentario ambos organismos se han pronunciado por lograr para el año 2000 una mejoría substancial en la inocuidad y suficiencia de los alimentos como base para un desarrollo nutricional apropiado. Así, se da énfasis a las medidas preventivas sobre las curativas a lo largo de toda la cadena alimentaria, para garantizar alimentos sanos para consumidores sanos e industrias socialmente comprometidas con la salud y bienestar de la comunidad. De igual manera, se han fortalecido las medidas para contrarrestar el consumo de productos nocivos para la salud.

A nivel mundial existe una creciente inquietud por determinar con precisión los diferentes efectos que tienen sobre la salud las enfermedades transmitidas por los alimentos cuando éstos resultan contaminados, alterados o adulterados. Ya desde la "Declaración de Alma-Ata" en 1978, se incluyó el tema de la inocuidad de los alimentos como parte esencial de la atención primaria en salud, lo cual favoreció que pronto se reconociera a la seguridad alimentaria como un componente fundamental en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. En un reporte oficial del Comité Mixto FAO/OMS de expertos en inocuidad de alimentos en 1980, se cita que hubo más de mil millones de casos de diarrea aguda en niños menores de 5 ailos de edad en los países en desarrollo (excluída China), de los cuales murieron 5 millones.

Las enfermedades provocadas por la contaminación de alimentos tienen consecuencias particularmente graves para las personas desnutridas. Los casos de botulismo, fiebre tifoidea, parasitosis, etcétera, así como los efectos crónicos de la contaminación química de los alimentos, alcanzan cifras impresionantes a nivel mundial, pero especialmente en los países que tienen mayores carencias socioeconómicas. Resulta claro que la mal nutrición deteriora notablemente la calidad de vida de la población infantil, le afecta en su crecimiento y en su desarrollo físico y mental; a la población adolescente y adulta, por su parte, le reduce considerablemente su productividad y sus expectativas de desarrollo. Además, es evidente que deteriora en gran medida la resistencia de las personas a infecciones o intoxicaciones provocadas por alimentos y otros agentes.

Si bien es cierto que puede disminuirse en gran medida la mortalidad ocasionada por enfermedades agudas y crónicas transmitidas por los alimentos, la solución se complica cuando se habla de poblaciones mal nutridas. Sin duda, esta problemática constituye una pesada carga para los presupuestos de salud

de numerosos países y, desde luego, para su propio desarrollo socioeconómico. Es pertinente señalar que incluso para los países industrializados, las enfermedades transmitidas por los alimentos son una causa importante de morbilidad, aunque han logrado eliminar múltiples enfermedades graves de origen alimentario.

Aunque la presencia de enfermedades graves transmitidas por alímentos es típica de los países en desarrollo,.la paulatina industrialízación que muchos de ellos advierten, aunada a la nutrición deficiente de amplios sectores de su población, frecuentemente se traduce en severos problemas de salud, cuya solución demanda el establecimiento de complejas medidas de carácter sanitario, económico, comercial, cultural, ecológico, laboral, etcétera, las cuales precisan de significativas erogaciones públicas y privadas para su instrumentación.

En foros especializados se ha destacado reiteradamente la urgencia de acentuar las medídas que permitan detectar y eliminar la presencia de contaminantes químicos y tóxicos en los alimentos, El hecho de que substancias químicas nocivas puedan ser incorporadas a los alímentos durante las fases de producción, elaboración, almacenamiento, dístribución y consumo de la cadena alímentaria, plantea uno de los retos más importantes para el Estado y la sociedad, ya que se busca asegurar a la población alímentos nutritivos y libres de contaminantes, que contribuyan a preservar la salud y el bienestar de la comunidad.

Es reconocido que los plaguicidas, fungícidas y herbicidas utilizados en la agricultura, en los hogares y en los establecimientos para combatir insectos, hongos, parásitos, etcétera, pueden ocasionar graves transtornos de salud si se emplean inapropiadamente o si contienen en su formulación substancias que lesionan al hombre y su medío ambiente por elementos altamente tóxicos y residuales. Problemas semejantes se derivan del uso indebido de adítivos alímentarios, y otros problemas no menos importantes se generan en plantas y animales por el exceso de residuos de ciertos fármacos y hormonas que estimulan al crecimiento o atienden determinada enfermedad.

La normalización técnica de los alimentos, a nivel nacional e internacional, ha concedído un lugar muy especial a las regulaciones destinadas a evitar la contaminación química de los alímentos, para lo cual se ha generado un copioso volumen de normas tendíentes a evaluar la inocuidad de los alímentos, determinar sus especificaciones y su procesamiento, y reglamentar su vigilancia y fiscalización. Especial énfasis ha cobrado la necesidad de reforzar la vigilancia epidemiológica sobre este problema para aplicar acciones correctivas de fondo. Desde luego, también deben señalarse como parte de la contaminación química de los alímentos, los numerosos casos provocados por la presencia de múltiples contaminantes ambientales durante las diferentes fases de la cadena alímentaria.

Es indíscutible que los alimentos representan uno de los artículos vitales para la economía de cualquier comunidad o familia. Es por ello que las repercusiones socioeconómicas de la contaminación alímentaria constituyen una de las preocupaciones fundamentales para las autoridades sanitarias y los sectores producti-

tivos de cualquier país. Si bien no son perfectamente conocidos los diferentes efectos económicos, culturales y políticos que genera **la contaminación alimentaria, existen elementos** suficientes para señalar que las pérdidas que originan son cuantiosas para todas las economías. especialmente para las de los países en desarrollo. La OMS y la FAO han señalado que "todo intento de estimar los costos totales de la contaminación tendrá que tomar en cuenta el valor de las cosechas y los productos de origen animal arruinados o destruidos por la contaminación, los costos de tratamiento de las enfermedades provocadas y las pérdidas de producción o de ganancias que sean consecuencia de la morbilidad, la incapacidad o la mortalidad prematura,..; esta última es probablemente la que más cuenta en el costo total de la contaminación de los **alimentos",**

Al igual que otros muchos países, México obtiene importantes divisas por la exportación de alimentos tanto crudos como elaborados. Igualmente, nuestro comercio internacional en este renglón se enfrenta con importantes restricciones de los países importadores y que se relacionan con muy diferentes tipos y grados de contaminación alimentaria. El estudio de la naturaleza, volumen y valor de los alimentos rechazados por contaminación, representa una de las fuentes de información más importantes, así como la magnitud de las pérdidas por comercio internacional de alimentos. Tan sólo Estados Unidos de América reportó significativos rechazos por importación de alimentos contaminados por microorganismos patógenos, mohos, aflatoxinas y agroquímicos por muchos millones de dólares.

A estos factores debe agregarse el costo que representa una menor demanda de los alimentos que han tenido problemas de contaminación y el deterioro en la confianza de los consumidores, sin dejar de mencionar el enorme costo de retirar de la circulación los productos contaminados y la onerosa inversión que exige un sistema nacional de vigilancia alimentaria que incida sobre todas las fases del proceso.

En toda sociedad y desde hace mucho tiempo se destinan numerosos recursos para combatir la adulteración deliberada de los alimentos. El enmascaramiento de los productos con fines lucrativos tiene severos efectos en la nutrición y el desarrollo sanitario de las poblaciones y las personas. Asimismo, genera graves consecuencias en el campo económico, social y cultural de los países, al lesionar directamente la salud y la economía del consumidor.

El reconocimiento de estos factores, en el plano nacional e internacional, motivó un esfuerzo institucional sin precedentes para emprender numerosas medidas destinadas a lograr la inocuidad de los alimentos. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han colaborado con nuestro país para desarrollar un sistema de vigilancia alimentaria, que considere los diferentes factores socioculturales que influyen en la protección de los alimentos, así como el desarrollo tecnológico que necesariamente habrá de incorporar a la cadena alimentaria. Además, que comprenda los diferentes factores ecológicos, nutricionales y epidemiológicos que se relacionan con la mejoría en la salubridad de los alimentos.

Las considerables mermas que sufre la eco-

nomía nacional por las pérdidas que ocasiona la contaminación o adulteración física, química o bacteriológica de importantes volúmenes de alimentos, bebidas, productos agroquímicos, substancias tóxicas, etcétera, durante sus fases de elaboración, almacenamiento, distribución y consumo, son tan importantes como sus consecuencias en el campo de la salud pública.

Numerosas enfermedades tienen como causa las malas condiciones sanitarias de los bienes y servicios. De igual manera, la desnutrición, la baja productividad y los altos índices de mortalidad tienen entre sus causas más importantes el deterioro sanitario. Con impactos igualmente severos, pueden destacarse los efectos sobre la salud y la economía por la contaminación de las aguas para consumo humano, directo o indirecto, así como las precarias condiciones sanitarias en materia de salud ambiental y ocupacional.

También pueden señalarse los daños que en la vida individual y colectiva ocasionan las substancias tóxicas derivadas de procesos o productos industriales, que no están sujetos a un adecuado control sanitario. Daños que no sólo se relacionan con las enfermedades, accidentes y muertes que ocasionan, sino que además se expresan en fenómenos de ausentismo, improductividad, invalidez, desempleo, orfandad y desnutrición.

El rechazo en los mercados internacionales de los productos contaminados o fuera de norma de calidad, es un renglón de excepcional importancia para el fortalecimiento del comercio internacional y para la obtención de las divisas que requiere el desarrollo socioeconómico. Por ello, los países industrializados han concedido tanta importancia a las medidas de sanidad internacional tendientes a controlar la calidad de los bienes y servicios en sus importaciones y exportaciones. Esta política les ha permitido mejorar substancialmente la calidad de sus productos, reforzar sus economías y evitar el ingreso a sus países de productos de baja calidad que afectan la salud de sus poblaciones.

Ahora que México ha ingresado al GATT, se debe conceder la mayor importancia al desarrollo tecnológico de nuestra economía y al cuidado integral de la calidad de los bienes y servicios no sólo para preservar y fortalecer nuestra planta productiva, sino para mejorar los niveles de empleo, productividad, nutrición y salud de la población. Ello motivó al ejecutivo federal a diseñar una estrategia que permitiera establecer dentro del Sistema Nacional de Salud un sistema específico de regulación, control y fomento sanitarios, destinado a mejorar las condiciones de sanidad en el país y a elevar la calidad integral de múltiples actividades, productos y servicios, en el contexto de una política de salud pública que contribuya significativamente al desarrollo social y económico de la población.

Para la instrumentación de dicha estrategia se requiere establecer una eficiente infraestructura sanitaria, cuya operación demanda importantes recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros. Sin embargo, su costo se verá ampliamente compensado por los numerosos beneficios que ocasionará en los niveles de salud de la población y en un substancial mejoramiento sanitario en la operación de los sectores industriales, comerciales, agropecuarios y de servicios.

En este sentido, una infraestructura sanitaria moderna debe atender a las prioridades de salud pública y al desarrollo sanitario de los sectores productivos del país, para transformar las condiciones de salubridad instaurando medidas que favorezcan la corresponsabilidad de todos los sectores productivos en el financiamiento de la organización, que les permita preservar o elevar la calidad de sus productos y asegurar la concurrencia a los mercados nacionales e internacionales en estricto y equitativo cumplimiento de las condiciones sanitarias, sin someterse a prácticas de competencia desleal por insuficiente control sobre bienes y servicios de mala calidad.

La reciente reforma a la Ley Federal de Derechos, para adicionarle el capítulo XIV (de la Secretaría de Salud), está destinada a gravar fundamentalmente a las empresas productoras de bienes o prestadoras de servicios, para establecer la tributación de diversos derechos fiscales por concepto de diferentes servicios de carácter sanitario, tales como registros sanitarios, servicios de laboratorios, servicios de fomento y análisis sanitarios, certificaciones y dictámenes sanitarios, autorizaciones sanitarias diversas y servicios de publicidad.

Esta reforma fiscal atiende a la necesidad de mejorar la infraestructura sanitaria del país, para garantizar una mayor calidad en las actividades, establecimientos, productos y servicios que son materia de control sanitario.

En numerosos países con administraciones sanitarias modernas, se cuenta con políticas fiscales específicas para financiar los importantes gastos que supone la adecuada regulación y vigilancia de los alimentos, bebidas, medicamentos, sustancias tóxicas, detergentes, etcétera, ya que su control sanitario precisa de personal o infraestructura tecnológica sumamente especializados.

La reforma tributaria en el campo sanitario federal para mejorar los servicios de sanidad en el país, tiende a gravar directamente a los sectores industriales, comerciales y de servicios, pero con un sentido de equidad y corresponsabilidad social, pues a la vez que se les involucra en el desarrollo de una moderna infraestructura sanitaria, que· les resulta indispensable para garantizar la calidad de los bienes y servicios en el país, se sientan las bases para vincular el desarrollo agropecuario, comercial, industrial, pesquero, turístico, laboral, ecológico, etcétera. En breve, se impulsarán medidas similares para atender lo relativo a la salubridad general concurrente y salubridad local.

La reforma fiscal sanitaria no creará nuevas obligaciones tributarias para la población, pues los derechos que se causen serán pagados directamente por los comerciantes, industriales y empresas prestadoras de servicios, como contraprestación de un servicio de salud púo blica que les permitirá ofrecer sus bienes y servicios a la sociedad en condiciones sanitarias adecuadas.

El desarrollo agropecuario también tiene importantes vínculos con la materia sanitaria, no sólo en cuanto que ambos propician una mayor calidad de los productos de origen animal y vegetal, sino porque su adecuada interrelación deviene en impactos significativos en términos de productividad, empleo, divisas, tecnología, fomento industrial y de agroindustrias, al tiempo que repercuten en la

mejor salud, nutrición y bienestar de la población ligada a la actividad agropecuaria. Además, debe destacarse la interdependencia existente cuando se regulan o controlan conjuntamente los agroquímicos y fertilizantes, rastros, establos y granjas; huertas, hortalizas, silos, almacenes y áreas de procesamiento; aguas de riego y consumo humano-animal; residuos de las industrias agropecuarias; padecimientos e higiene en plantas y animales de consumo humano; calidad y requisitos de sanidad integral de los productos agropecuarios; sanidad internacional, etcétera.

Por otra parte, también son indudables los nexos en materia de fruticultura, vitivinicultura, tabaco y, como uno de los campos más importantes, el de la salud pública veterinaria, cuya importancia sanitaria y epidemiológica es indiscutible. Por supuesto, debe mencionarse la estrecha interdependencia entre ambos sectores cuando se habla de la industria de productos cárnicos. Baste señalar que cualquier adecuación en la normalización sanitaria que incida sohre la fórmula o conservación de estos productos, origina de inmediato importantes repercusiones en la tecnología, equipo, inversión y características de la producción agropecuaria del producto involucrado o bien sobre el procesamiento, distribución y comercialización del mismo.

El desarrollo sanitario advierte complejas e ilimitadas relaciones con el campo de la ecología.Se conocen miles de actividades y procesos que hacen evidente la interdependencia entre el proceso de salud del hombre y el equilibrio ecológico de la naturaleza. La preservación de cualquier ecosistema y de cualquier región del planeta, está íntimamente asociada al manejo racional y responsable de un volumen creciente de productos y procesos que pueden degradar las condiciones sanitarias humanas y ambientales. Por doquier aumentan las actividades y substancias que alteran el equilibrio ecológico y afectan la vida actual de múltiples especies animales y vegetales, así como la vida futura de sus descendientes.

A medida que se avanza en el conocimiento de estas intrincadas relaciones y comprensión de sus causas y efectos, se han podido establecer medidas destinadas a preservar la salud del hombre y a evitar las enfermedades en plantas y animales.

Prácticamente, cualquier actividad industrial, comercial y de servicios puede contraer importantes problemas de contaminación en el agua, el suelo y la atmósfera por el arrojo indiscriminado de sustancias contaminantes. Todos tenemos noticias de los severos problemas ecológicos y de salud que frecuentemente se asocian con las actividades petroquímicas, mineras, siderúrgicas o de energía nuclear. De igual manera, las industrias aeronáuticas, ferroviarias, automovilísticas y, en general, las de comunicaciones, representan no sólo tecnología y beneficios de la civilización, sino también el consumo de gigantescos recursos no renovables, la generación de múltiples contaminantes y la presencia de factores que pueden poner en riesgo la salud y la naturaleza. La población, el nivel de ruido, el volumen de desechos y la frecuencia de accidentes que cotidianamente acarrean la actividad fabril y la vida urbana, son tan sólo unos ejemplos de cómo se ligan los factores sanita-.

rios y de salud ocupacional con los de protección ecológica.

En el mismo sentido, puede señalarse el problema que significa la contaminación de bosques, campos, selvas, ríos, lagunas y mares Con basura, residuos industriales, gases y humos tóxicos, aguas negras y numerosas sustancias peligrosas que se arrojan a diario al medio ambiente.

Desde el punto de vista laboral, la producción de bienes, la prestación de servicios y el ejercicio de diversas actividades tienen una estrecha relación con la regulación sanitaria y con las medidas para preservar la salud del hombre y su medio ambiente. Numerosos productos y servicios pueden ser contaminados por la insalubridad de los establecimientos y equipos de trabajo o por la falta de higiene o inadecuado manejo sanitario de las personas que intervienen en el proceso productivo. Asimismo, pueden presentarse importantes problemas de salud ocupacional por contacto con substancias peligrosas, equipos y procesos riesgosos o falta de seguridad e higiene en las instalaciones.

El contacto con productos tóxicos (p.e, plomo, azufre, ashesto, arsénico, cromo, mercurio, agroquímicos, solventes, ácidos, materias radioactivas, gases peligrosos, etcétera), bien sea por un manejo inadecuado o por una exposición prolongada, representan severos riesgos para la salud humana y por lo mismo han recibido gran impulso las medidas laborales y de seguridad industrial asociadas a su manejo. Desde luego, estos mismos productos pueden contaminar a otros bienes y servicios o al medio ambiente y ocasionar grandes daños en la salud individual o colectiva.

También pueden señalarse los frecuentes problemas de contaminación de los bienes y servicios por la falta de adiestramiento del personal, lo cual puede traducirse en descuido de las condiciones sanitarias que aseguren la inocuidad de los productos durante todas las fases del proceso, hasta ser consumidos o usados por el hombre. Por supuesto, también debe considerarse la contaminación por pero sonas enfermas o faltas de higiene que ínter-vienen en el proceso y mantienen contacto directo con el producto.

En términos de desarrollo sanitario, lo anterior significa que resulta indispensable vigilar y mejorar las condiciones laborales en todas aquellas personas o actividades que guarden relación directa con la producción de los bienes y servicios. Una mejor higiene en las instalaciones y en las prácticas de manufatura elevará la pureza y calidad del producto, al igual que una mayor capacitación elevará la productividad del trabajo y la calidad de tos mismos. Las pérdidas económicas por deterioro, improductividad, baja comercialización por falta de calidad, fácil descomposición y escaso valor nutricional o comercial, son sólo algunos de los muchos ejemplos de cómo impacta el fenómeno laboral en el entorno sanitario y cómo una modernización laboral puede lograr impactos trascendentales en términos de desarrollo sanitario.

En torno a la sectorización, merecen señalarse las tareas de coordinación en materia de control alimentario, de farmoquímicos, de agroquímicos, de bebidas y de sustancias tóxicas, las cuales han tenido y seguirán teniendo resultados muy importantes tanto a nivel de consultoría y programación específi-

fica, como de apoyo concreto en la fundamentación o denegación de autorizaciones **sanitarias.**

En el ámbito de la investigación se ha dado especial énfasis a la investigación en sustancias tóxicas, contaminación y tratamiento de aguas, desechos radioactivos, tratamiento de residuos sólidos, agroquímicos, alimentos perecederos, medicamentos y psicotrópicos, aditivos, tabaquismo y alcoholismo, así como a los estudios para el control sanitario de la publicidad.

Por lo que se refiere a la coordinación con las autoridades del sector salud, se destacan las actividades para el control de insumos para la salud y se desarrolla un importante programa de control alimentario en los servicios asistenciales y de seguridad social, que involucrará un desarrollo significativo de la infraestructura de laboratorios sanitarios y en la normalización alimentaria y de otros **insumos.**

Por lo que se refiere a la coordinación intersectorial, la regulación y control de los agroquímicos derivó en una intensa labor de coordinación con el Gabinete de Salud, el Gabinete Agropecuario, la Comisión Nacional de Ecología, la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el sector industrial, para revisar la producción, control y manejo de los agroquímicos en el país. Solución semejante se dará en breve para la atención de diversos problemas prioritarios de salud ambiental y ocupacional.

La regulación y el control de alimentos, bebidas y artículos de belleza y aseo se ha traducido en la necesidad de una intensa coordinación intersectorial con la SECOn, SARH, SEPESCA, SEMIP YSTPS, para asegurar la congruencia de acciones y criterios y favorecer la complementación entre las infraestructuras de las mismas, así como la calidad integral de los alimentos, bebidas, perfumes, cosméticos y artículos de aseo en el país. Para ello, se revisaron conjuntamente los reglamentos sanitarios de la Ley General de Salud y se expedirán coordinadamente las normas técnicas y de carácter obligatorio para todo el proceso de alimentos y bebidas.

También se ha desarrollado una amplia coordinación de acciones con los sectores de producción y comercialización tanto con la Confederación Nacional de Cámaras Industriales, la Confederación Nacional de Cámaras de Comercio, como con cada una de sus cámaras nacionales especializadas. Baste señalar que han intervenido activamente en el proceso de reglamentación, normas técnicas, manuales técnicos y simplificación de procedimientos sanitarios.

La automatización de las inspecciones y las licencias sanitarias facilitará la intercomunicación informática con los archivos y centros de estadística de otras dependencias o instituciones: SHCP, SPP, SECOFI, STPS, IMSS, PEMEX, etcétera, con lo cual se dará un gran avance en el desarrollo de la estadística sanitaria del país, así como al control gubernamental de las actividades, establecímientos, productos y servicios.

Las diferentes acciones de divulgación sanitaria que se realizan para orientar y educar a la población sobre materias tales como mane-

jo alimentario, desarrollo nutricional, alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia; control de agroquímicos y sustancias tóxicas: prevención sanitaria de accidentes; salud ambiental y ocupacional, y calidad sanitaria de productos y servicios, por fuerza se coordinan con otras dependencias e instituciones para provocar una amplia colaboración del sector privado y de los propios destinatarios de la divulgación. De igual manera, el control sanitario de la publicidad deberá fomentar una mayor acción intersectorial para vincular las políticas sanitarias con las educativas, comerciales y de comunicación social.

En este contexto, la inclusión del término "fomento sanitario" en la iniciativa de reformas a la Ley General de Salud, tuvo como propósito esencial reforzar las acciones del sector salud encaminadas a mejorar las condiciones sanitarias del país COn la colaboración y corresponsabilidad de los diversos sectores de la comunidad, haciendo énfasis en las ac**ciones voluntarias o de convencimiento, más** que en aquéllas de carácter punitivo o sancionador. Al respecto, se le ha identificado como: "Conjunto de medidas gubernamentales destinadas esencialmente a los sectores productivos, que están orientadas a promover la divulgación y el cumplimiento voluntario de las diversas disposiciones sanitarias, para propiciar el mejoramiento de las condiciones de salubridad en el país".

El fomento sanitario tiene por objetivo promover el mejoramiento de la salubridad en el país y propiciar la elevación de las condiciones sanitarias en: a) El desarrollo de las actividades; b) La operación de los establecimientos, y e) El proceso de los bienes y servicios de interés para la sociedad. Todo ello, a fin de asegurar la salud de la población, incrementar sus niveles de nutrición y bienestar, preservar la salud ambiental y ocupacional, y prevenir los riesgos sanitarios en la vida de la sociedad.

Asimismo, este término forma parte esencial del Sistema de regulación, control y fomento sanitarios, pues enfatiza las acciones de colaboración, inducción y concertación social en materia sanitaria, a diferencia de los actos de autoridad que caracterizan a las facultades reguladoras (normas, registros, licencias, certificados, etcétera), o bien los actos de sanción o coerción que involucran las facultades de control sanitario (inspecciones, aseguramien**to, clausuras, multas, revocaciones, etcétera).** Por esto, es comprensible que las funciones de fomento sanitario se encuadren en el campo de la corresponsabilidad y solidaridad social, para elevar las condiciones sanitarias de múltiples actividades, productos y servicios que influyen de manera importante en la salud pública.

Por otra parte, el fomento sanitario involucra a las autoridades sanitarias de los tres niveles de gobierno, así como a los diversos sectores sociales y se manifiesta tanto en la salubridad general competencia de la federación, como en la salubridad general concurrente y la salubridad local, a través de innumerables acciones públicas encaminadas a favorecer una mayor participación social en la transformación sustancial y progresiva de las condiciones sanitarias prevalecientes en nuestra realidad socioeconómica.

En el marco de la Ley General de Salud, el fomento sanitario pasaría a formar parte de

las disposiciones relacionadas con la promoción de la salud, en su título séptimo, ya que también tendería a "crear, conservar y mejorar las condiciones de salud para toda la población" (a través de una mayor calidad sanitaria en las actividades, productos y servicios y de una mayor cobertura en materia de salud ambiental y ocupacional). Al propio tiempo, el fomento sanitario propiciaría "las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar" la participación social en beneficio de la salud individual o colectiva; empero, enfatizando las acciones dirigidas a reforzar los aspectos sanitarios en los procesos productivos, involucrando a los sectores industrial, comercial, laboral y de servicios.

Si bien es cierto que las disposiciones que regulan la educación para la salud (capítulo TI del título séptimo mencionado) se destinan a "fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y proteger de los riesgos que pongan en peligro su salud", en cambio, las disposiciones relacionadas con el fomento sanitario promoverían la colaboración -con las autoridades sanitarias- de las personas relacionadas con: a) La realización de actividades sujetas a control sanitario; b) La operación de los establecimientos, y c) El proceso, uso, mantenimiento, importación y exportación de los productos, insumos y servicios. Esta promoción tendería a garantizar la calidad sanitaria de cada uno de estos tres rubros, así como su contribución o congruencia con la salud de la población.

Por otra parte y a diferencia de la educación para la salud, que se preocupa pbr proporcionar a la población los conocimientos sobre diversas prioridades de medicina preventiva o de vigilancia epidemiológica y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, el fomento sanitario concentraría su acción en la divulgación entre los sectores productivos de las medidas sanitarias que estos sectores deben observar para asegurar la calidad sanitaria de sus establecimientos, productos o servicios a lo alrgo de todo el proceso productivo, para contribuir a la salud pública. Así, por ejemplo, en el caso de los alimentos, para promover sanitariamente: a) Su adecuada elaboración, envasado, etiquetado y publicitación; b) Su control de calidad permanente; e) Su buen almacenaje, conservación y distribución; d) El uso de las instalaciones y equipos necesarios; e) La adopción de buenas prácticas de manufactura; f) El no uso de substancias, procesos o equipos prohibidos, y g) La no adulteración, alteración o contaminación de los productos, etcétera.

El fomento sanitario tiene como principales líneas de acción el desarrollo de medidas sanitarias destinadas a lograr:

El mejoramiento de instalaciones, equipos y de su higiene.

La eliminación de sustancias tóxicas, adulterantes o que demeriten la calidad del producto.

El mejoramiento de los métodos de control de calidad.

La adopción de sistemas de seguridad industrial y ocupacional.

La instalación de equipos que eviten o reduzcan la contaminación de produc-

tos, de las instalaciones y del medio ambiente.

La capacitación sanitaria del personal.

El mejoramiento de sistemas, transportes, almacenes y distribución.

El cumplimiento voluntario de los reglamentos sanitarios y normas técnicas.

La racionalización en el uso de sustancias tóxicas y equipos y productos peligrosos.

La señalización y capacitación adecuada de los establecimientos, para evitar riesgos sanitarios en el producto, en las instalaciones y en materia de salud ambiental y ocupacional.

La implantación de controles adecuados sobre caducidades de materias primas, productos y envases.

La actualizacaón de registros, permisos, licencias y certificaciones.

El uso sistemático de laboratorios de control de la calidad de los productos.

La difusión y cumplimiento progresivo de las buenas prácticas de manufactura.

El manejo nacional de las sustancias radioactivas.

La ubicación, construcción y/o mantenimiento adecuado de las instalaciones que procesen sustancias tóxicas o peligrosas.

El mantenimiento sanitario adecuado de las vías generales de comunicación.

El mejoramiento integral en el control sanitario de las importaciones y exportaciones.

El cumplimiento voluntario de las obligacionesfiscales sanitarias.

Finalmente, en materia de sanidad internacional la coordinación intersectorial se ha venido materializando en múltiples acciones de colaboración de nuestra secretaría con otras instituciones y organismos nacionales y extranjeros, para incrementar el control sanitario internacional de los bienes, insumos y servicios, mejorar la salud ambiental y ocupacional en las fronteras, y promover la investigación, la enseñanza y el desarrollo tecnológico en el campo de la salud internacional.

Las autoridades de la Food and Drug Administration (FDA), el Banco Interamericano de Desarrollo y la Asociación Fronteriza México-Estadounidense de Salud, han demostrado un gran interés por colaborar con nuestro país en la instrumentación y desarrollo de los laboratorios de control sanitario en la franja fronteriza norte de México, ante el enorme flujo internacional que existe entre ambos países que se traduce en una constante corriente de personas, bienes y servicios, y que plantea problemas mayúsculos en términos epidemiológicos y de control sanitario por la gran interdependencia que se tiene entre los factores que condicionan la salud de la población fronteriza.

Ahora que nuestro país está sumamente interesado en perfeccionar su proceso de normalización técnica, la interrelación con organismos como la FAO, OMS, OPS, FDA, el Codex A1imentarius, se torna prioritaria y tendrá que reforzarse considerablemente. Al mismo tiempo, existe el compromiso de nuestro país con la OMS y la OPS de reforzar y acelerar los trabajos tendientes a conformar un sistema de vigilancia alimentaria, que foro me parte del Sistema de Regulación Sanitaria

a nivel nacional, como una de las medidas preventivas, nutricionales y sanitarias más importantes para mejorar las condiciones de salud de la población.

Por lo que atañe a los avances en materia de participación de la comunidad, debe señalarse que la Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo ha puesto especial interés en favorecer el proceso de consulta y participación social en la implantación de diversas funciones de regulación, control y fomento sanitarios. Lo mismo se realizó y continuará efectuando una amplia interacción con las cámaras y representaciones nacionales, industriales, comerciales y de servicios para el proceso reglamentario y la instrumentación de las normas técnicas. De igual manera, se ha solicitado su colaboración en la formulación de diversos manuales y guías técnicas y en la reformulación de diferentes procedimientos; incluso se cuenta con el ofrecimiento de las mismas para apoyar con su infraestructura las acciones de vigilancia y divulgación sanitaria.

Dentro de este contexto sobresalen las acciones que se están realizando para instaurar un mecanismo que permita a la población manifestar directamente a las autoridades sanitarias sus denuncias sobre problemas sanitarios que afecten su salud, para incrementar las medidas de control sanitario, reforzar las acciones de renovación moral y tener una fuente de retroalimentación continua. También este mecanismo comprende diversas medidas para informar y orientar a la población sobre distintos temas sanitarios y al propio tiempo permite recibir sus propuestas para mejorar los servicios de sanidad.

El establecimiento del servicio social sanitario en 1986, constituyó una de las acciones más importantes para el enriquecimiento del diálogo entre las autoridades sanitarias con la comunidad universitaria, no sólo con la población estudiantil, si se atiende al tipo de tareas en que se trabajan. Además, tomando en consideración que los pasantes tienen un papel preponderante en las acciones de fomento y divulgación sanitaria entre la población, se entiende el por qué se destaca en especial el impacto comunitario de la actividad que se tiene pensado conferirles.

Hasta aquí se han señalado las acciones sanitarias más sobresalientes que nuestra secretaría habrá de desarrollar durante el resto de la presente administración, para contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud y del sector salud, y consolidar las acciones sanitarias que involucra el sistema de democracia social y humanista mexicano, que postula a la salud del hombre y de la población como una de las principales garantías de la libertad e igualdad sociales. Los nuevos mecanismos y soluciones que estamos implantando para mejorar las condiciones sanitarias del país, habrán de demandar una amplia coordinación entre las dependencias públicas relacionadas con la regulación y control de los bienes y servicios, así como de una amplia colaboración entre las autoridades administrativas y los sectores productivos de la población.

La enorme importancia que tiene la producción de bienes y servicios en el desarrollo económico, industrial y tecnológico de México, debe traducirse en un mejoramiento sustancial de los mecanismos establecidos para lograr su calidad integral. Por ello, todas las

medidas enunciadas tendrán una gran repercusión en el desarrollo de la infraestructura sanitaria que requiere la protección sanitaria. Empero, los progresos que obtengamos en la materia serán paralelos al interés y colaboración que tengan las autoridades sanitarias, por parte del sector individual, comercial y de servicios y de los propios consumidores, para mejorar múltiples aspectos que están afectando el desarrollo vigoroso de actividades productivas de capital interés para la autonomía económica y tecnológica de nuestro país.

El Sistema Nacional de Asistencia Social

LEOBARDO C. RUIZ PEREZ

México es país de instituciones que se han creado en razón del y para el pueblo; a través de ellas se promueven y consolidan los avances políticos, sociales y económicos que todos vivimos y disfrutamos; su operación propicia arribar a una nación en la que impere la justicia social.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), es una institución que el gobierno de la República ha dispuesto como instrumento para disminuir rezagos y dotar a mexicanos con carencias de medios para enfrentar con capacidad los problemas económicos, sociales e incluso de carácter físico, que se constituyen en obstáculo para integrarse y apoyar plenamente el desarrollo familiar, de la comunidad y de la nación.

En el DIF se resumen experiencias anteriores: de la Asociación de Protección a la Infancia (1929), cuya función principal consistió en la distribución de desayunos a escolares; del Instituto Nacional de Protección a la Infancia (1961), que vino a ampliar estos servicios; de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (1968), creada para contribuir a resolver los problemas originados por el abandono y explotación de menores, y del Instituto Mexicano de la Infancia y la Familia (1975), que realizó labores de promoción del bienestar social.

El gobierno del presidente De la Madrid confirió a la asistencia social el carácter de actividad prioritaria en el desarrollo del país y al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, la responsabilidad de operar los programas de la federación en esta materia, para fortalecer a los más débiles sin falsos paternalismos y sin demagogias.

La consolidación de este organismo y, en consecuencia, de las tareas que realiza, es resultado de la modificación del concepto de caridad que se le otorgaba a la asistencia social,

por el de obligación del Estado de servir a quienes lo necesitan, así como de las medidas que se han dispuesto para fortalecer su estructura operacional y de servicios.

Al iniciarse la actual administración se integró el DIF al sector salud y su operación se estableció en el marco y los fines del Sistema Nacional de Salud, recibiendo por efectos del decreto presidencial del 21 de diciembre de 1982, los bienes muebles e inmuebles que la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y hoy de Salud, destinaba a servicios asistenciales.

Tal medida, acompañada de la entrega al DIF de los centros de rehabilitación y educación especial que operaban en el país, así como de la desincorporación de su patrimonio de los Institutos Nacionales de Pediatría y de Perinatología, del Hospital del Niño, DIF del Noroeste y del Hospital de Traumatología y Urgencias de Acapulco, Guerrero, apoyaron el afianzamiento del Sistema Nacional de Salud y la necesaria congruencia en las acciones de las dependencias y entidades que lo integran, además de traer consigo el que esta institución dejara de prestar servicios de atención médica a población abierta, circunscribiéndose su ámbito de acción a la asistencia social.

En épocas anteriores, las acciones asistenciales eran resultado de circunstancias coyunturales, alejadas de programas debidamente estructurados y sin atender a resultados de diagnóstico que relacionaran necesidades prioritarias de la comunidad, servicios indispensables de otorgarse y recursos para proporcionarlos.

En la presente gestión, considerando la problemática y medidas de solución que el pueblo ha expuesto en materia de asistencia social, así como los resultados del diagnóstico practicado sobre este particular, se diseñó la actual programación institucional del DIF que se constituye de los 9 programas siguientes: Integración social y familiar; Asistencia social a desamparados; Asistencia educacional; Rehabilitación; Asistencia social alimentaria; Promoción del desarrollo comunitario; Asistencia jurídica; Desarrollo cívico, artístico y cultural, y Formación y desarrollo de recursos humanos e investigación.

Las acciones que se integran en estos programas apoyan la satisfacción de las necesidades esenciales de los grupos sociales menos favorecidos, niños y ancianos desamparados, mujeres trabajadoras, minusválidos, indigentes, familias de escasos recursos y comunidades rurales y urbanas marginadas, al proporcionarles servicios dirigidos a beneficiar su salud, alimentación y educación, así como a fortalecer sus valores cívicos.

La eficiente aplicación de la programación institucional del DIF, aunada al esfuerzo realizado en materia de asistencia social por los estados y municipios, permitió llegar en 1986 a una cobertura de servicios de 25 millones de personas de escasos recursos, aplicándose al efecto 101.832 millones de pesos.

Es de mencionarse que sin dejar de ser importante la cantidad de personas beneficiadas, ésta cobra más significación en cuanto que se actuó ante quienes se identificó en verdadero estado de necesidad, con acciones que inciden directamente en la solución de sus problemas y con el otorgamiento de mejores servicios asistenciales.

Alcanzar estos resultados no es obra de la casualidad, obedece al cumplimiento estricto de los compromisos del gobierno con el pueblo; a la decisión política de crear las condiciones materiales de justicia social, y al establecimiento de medidas de índole jurídica, programática, administrativa y presupuestal, cuya aplicación se ha verificado en coordinación y con la participación de las dependencias, entidades e instituciones de los sectores público, social y privado del nivel federal, estatal y municipal.

En el aspecto jurídico, en el presente régimen se elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud; se expidió la Ley General de Salud en la que la asistencia social adquiere relevancia, ya que recibe el carácter de servicio básico de salud y se le agrupa entre las materias de salubridad general por primera vez en la historia de la legislación sanitaria mexicana, también se promulgó la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social que entró en vigor el 10 de enero de 1986, en la que se establecen las bases y procedimientos para la prestación de los servicios de asistencia social y se confirma al DIF la condición de organismo del gobierno federal responsable de llevar a cabo sus programas asistenciales, para fortalecer la organización familiar, participar en el desarrollo de la comunidad, fomentar la educación para la integración social, impulsar el sano crecimiento físico y mental de la niñez y proteger los derechos de los menores, ancianos y minusválidos sin recursos.

Esta ley ha beneficiado la coordinación y organización de las tareas de asistencia social, limitando la dispersión de esfuerzos y recursos a partir de la interrelación sistemática de las acciones de los sectores social y privado bajo la rectoría del Estado.

Para multiplicar alcances en el campo asistencial, a partir de un orden legal homogéneo a nivel nacional, el DIF promovió ante los gobiernos de las entidades federativas la expedición de leyes locales de asistencia social, de las que se han emitido 23 en el mismo número de estados, encontrándose en estudio de los congresos locales de los estados restantes las iniciativas correspondientes.

En lo que hace a los aspectos operativos de la actividad de que se trata y para simplificar procesos, uniformar acciones y criterios, a partir de mayo de 1986 se expidieron por la Secretaría de Salud normas técnicas sobre 12 servicios asistenciales básicos.

La aplicación de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social y las estatales, así como de las normas técnicas, ha conducido a contar con un modelo único de asistencia social en el que se comprenden aspectos jurídicos, institucionales, programáticos, normativos y operativos; modelo que ha dado lugar a la formulación e implementación de programas que propician la prestación uniforme de los servicios asistenciales en todo el país.

Acorde a los fines del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud, se estableció la necesidad de crear el instrumento que dentro del sector salud, en materia de asistencia social, optimizara recursos, conjuntara esfuerzos y evitara duplicidades.

Bajo tales premisas se constituyó el subsector de asistencia social, que se compone del DIF, que es quien lo coordina; Centros de Integración Juvenil y el Instituto Nacional de

la Senectud, en cuyo funcionamiento se han generado avances importantes en aspectos de organización, programación, presupuesto y, desde luego, de operación con los consecuentes beneficios hacia la población que toca atender a estos organismos.

Asimismo, en el contexto de las vertientes de instrumentación que dispone el Plan Nacional de Desarrollo para armonizar tareas del Estado y motivar la participación ciudadana en la solución de problemas nacionales, el DIF ha suscrito convenios de colaboración con dependencias y entidades de la administración pública federal y con organismos representativos de los sectores social y privado, que han conducido a derivar recursos humanos, materiales y financieros en programas de asistencia social adecuadamente coordinados, los que han impactado en personas y zonas con insatisfacción de necesidades básicas. También, para beneficiar el indispensable intercambio, actualización y enriquecimiento de conocimientos, el DIF ha celebrado convenios de cooperación con instituciones internacionales dedicadas a la asistencia social.

El DIF, en consonancia con las políticas de descentralización de la administración del presidente De la Madrid, que tienen como objetivo fortalecer el federalismo que norma las relaciones políticas, económicas y sociales que implican la corresponsabilidad de todos los estados y municipios en el desarrollo del país, ha venido realizando trabajos que han conducido a estrechar lazos de cooperación con estos niveles de gobierno.

Consecuencia de estas tareas son la firma de convenios de coordinación y cooperación con los gobiernos de las 31 entidades federativas, que han derivado en la igualación a nivel nacional de programas institucionales, bases jurídicas y estructuras orgánicas de los sistemas estatales DIF, y en apoyos de índole técnico, administrativo y financiero, así como aportaciones de productos alimenticios para su distribución entre las clases populares, que para el año de 1986 representaron cerca de 25 mil millones de pesos_

También en este contexto y en el ámbito de los Convenios Unicos de Desarrollo, se han firmado acuerdos de coordinación con 29 entidades •federativas para crear en cada una de ellas sistemas estatales' y subcomités especiales de asistencia social, que vienen a ser los instrumentos de planeación, programación, presupuestación, evaluación e intercambio de ideas entre federación y estados en materia de asistencia social; y de cuyo funcionamiento han resultado programas que en el campo de que se trata han permitido aglutinar esfuerzos, acciones y recursos de los tres niveles de gobierno y de los sectores social y privado.

La descentralización de la asistencia social ha llegado también a los municipios, En coordinación con los gobiernos estatales se han! constituido 1838 sistemas municipales DIF, que apoyados en su operación por sus sîmió! lares estatales y el DIF nacional, atienden en su mayoría a pobladores de áreas rurales marginadas_

Para hacer posible el quehacer operativo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se ha modernizado y perfeccionado su gestión administrativa, actuándose de acuerdo a las directrices y lineamientos que se han dispuesto por las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salud.

En materia de recursos humanos se ha implementado un sistema integral de administración y desarrollo, que en un buen clima laboral ha estimulado y eficientado la actuación de los trabajadores del DIF.

En lo que hace a los aspectos de adquisiciones, almacenes, prestación de servicios y obra pública, sujetándose estrictamente a la normativídad vigente y con la utilización de sistemas automatizados, que también se aplican en cuestiones de servicios personales y del ejercicio y control presupuestal, se ha conseguido que el otorgamiento de insumos y otros bienes necesarios para la operación de la institución, así como el mantenimiento de muebles e inmuebles y la prestación de servíeios generales de apoyo, se den en tiempo y en las mejores condiciones posibles.

Respecto de! ejercicio del gasto se ha operado bajo los controles y medidas que al efecto se dispusieron por las dependencias globalizadoras en un contexto de eficiencia, transparencia y estricta disciplina.

Los recursos presupuestarios que se han asignado al DIF de 1983 a 1986, superan los 98 mil millones de pesos. Sólo la asignación presupuestal de 1986, que fue del orden de los 46 mil millones de pesos, excedió en más de 7 veces la otorgada a este organismo en 1982.

Los avances tenidos durante la gestión del presidente De la Madrid, por e! DlF y con ello la asistencia social, son producto de la voluntad del ejecutivo federal de cumplir el compromiso de orientar sus actividades en favor del desarrollo de los grupos y clases más débiles, para que la desigualdad social que impide el goce general de la libertad y desvirtúa la democracia sea desterrada.

El DlF de hoyes una institución plenamente consolidada; su razón de ser y propósitos a cumplir resultan de los deberes del Estado con las clases sociales menos favorecidas, su actuación tiene fuerza legal, se fundamenta en las disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley sobre e! Sistema Nacional de Asistencia Social, su infraestructura de servicios se ha mejorado y ampliado a partir de programas exhaustivos de conservación y mantenimiento de sus inmuebles y con la edificación en esta ciudad capital y e! interior del país, de centros para la atención de población minusválida; la prestación de los servicios a su cargo se ha ampliado en calidad y cuantía, merced a la profesionalízación de su personal y a la operación de programas diseñados en función de la satisfacción de los objetivos del organismo, amén de que los recursos presupuestales que se le han dotado han sido siempre crecientes.

La consolidación de esta institución ha impactado favorablemente el quehacer de sus similares estatales y municipales, y en la actualidad, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Famílía es verdaderamente nacional.

La asistencia social llega cada vez a un mayor número de mexicanos, como consecuencia de los esfuerzos que el gobierno de la República ha realizado para fortalecer los instrumentos que, como el DIF, ha dispuesto para asistir a los menos favorecidos y abatir las desigualdades que impiden arribar a la sociedad igualitaria a que todos aspiramos.

La descentralizaci6n del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y los sistemas estatales y municipales

FRANCISCO BRACAMONTES MANERO

El gobierno de la República ha determinado que la asistencia social es prioritaria en el desarrollo del país: hoy en día el progreso no puede calificarse como auténtico si no beneficia a la sociedad en su conjunto.

Congruente con esta decisión, la actual administración constituyó al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia como instrumento del gobierno mexicano responsable de operar los programas de asistencia social; actividad que conforme a la Ley General de Salud es, con la atención médica y la salud pública, elemento fundamental en la protección de la salud, a la que por disposición constitucional tiene derecho toda persona.

De esta manera, se ha dejado atrás el viejo concepto de caridad reemplazándolo con el de asistencia social; por ello, la labor que realiza el DIF se orienta a atender la problemática que en materia social afronta la población del país, la que guarda una situación económica, social y cultural desfavorable, así como la que enfrenta problemas físicos, población ésta que sufre de severas marginaciones que le impiden integrarse plenamente a la vida productiva, social y política de la nación, en el contexto familiar y dentro de su comunidad.

Bajo este marco normativo, el sistema nacional se enfoca principalmente a solucionar las causas y los problemas que se presentan en este campo, a fin de atender las demandas de la población para satisfacer sus necesidades básicas.

De acuerdo con la filosofía de la revolución mexicana, el gobierno del presidente Miguel de la Madrid ha asumido como un deber propio el compromiso de servir a los más desprotegidos y, desde su campaña política, propuso como acción prioritaria de su gobierno la descentralización de la vida nacional, entendida como un proceso de revisión de competencias del sistema federal.

Dentro de este contexto, el constituyente permanente aprobó las reformas y adiciones al artículo 115 constitucional, las que han establecido una verdadera y cualitativa reforma de nuestra perspectiva histórica y se ha logrado sentar las bases jurídicas para otorgarle al municipio una mayor capacidad de gobierno y administración, que le permiten desarrollar mejor sus actividades económicas, políticas y culturales.

Con base en los principios políticos se definió a la planeación democrática como instrumento de gobierno, que determina el marco en que se fundamenta el Plan Nacional de Desarrollo, el cual fija las orientaciones generales, señalando el compromiso que el Estado asume para conducir los destinos nacionales.

Dos políticas que sustentan las bases para una mejor integración de las regiones del país al desarrollo nacional son la descentralización de. la vida nacional y el desarrollo estatal integral.

La descentralización es un imperativo para nuestra consolidación como sociedad equilibrada y plenamente desarrollada; asimismo, el desarrollo estatal integral tiene el propósito que la totalidad de las entidades federativas cuente con la capacidad económica y administrativa que les permita alcanzar mayores niveles de bienestar y progreso.

Congruente con los instrumentos y lineamientos gubernamentales, así como por las diversas disposiciones jurídico-administrativas en este aspecto, el DIF sustentándose en el decreto de creación del mismo, que era en ese momento su instrumento normativo que lo regía, señalaba en su artículo 15... que podría recomendar el establecimiento de organismos similares en las distintas entidades federativas y municipales; a los cuales prestara asistencia técnica y administrativa.

En este sentido, se propuso llevar a cabo a mediados de 1984, un programa para la formalización y fortalecimiento del órgano o mecanismo responsable de la asistencia social en el orden municipal.

En tal virtud, se planteó que este programa fuera un esquema de participación y responsabilidad compartida con el ayuntamiento, y de esta forma pudieran proporcionarse, así como ampliarse, los servicios asistenciales a la comunidad de acuerdo a las características, prioridades, recursos y apoyo de cada localidad; entendiéndose que este tipo de poblaciones, de acuerdo a sus propias dimensiones físicas, territoriales, económicas y administrativas, es qnien canaliza adecuadamente con la colaboración de la colectividad los recursos hacia sus necesidades más urgentes.

La instrumentación de los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia se pretendió efectuar a traves de dos mecanismos de orden jurídico; uno de ellos ha sido el formalizarlo como un organismo deseentralizado paramunicipal con personalidad jurídica y patrimonio propios, que necesariamente requiere de la aprobación por parte del congreso local y, en el otro caso, por medio de un acuerdo del ayuntamiento en que aprueba la creación de un órgano o unidad encargada de las funciones en cuestión y dependiente de este último.

Este proceso de institucionalidad de la asistencia social en la instancia municipal se realizó a través de un mecanismo de consulta a los sistemas estatales, a fin de conocer

sus OpInIOneS y la factibilidad en la instrumentación del mismo.

Dentro de este contexto se propuso que, para emprender el programa de municipalización de la asistencia social, era recomendable y en algunos casos imprescindible la modio ficación a las Leyes Orgánicas Municipales o sus equivalentes, a fin de destacar que la asistencia social era ya una facultad propia del ayuntamiento y el órgano responsable de realizarla era el DIF.

Asimismo, fueron generados los acuerdos de cabildo por los ayuntamientos que demandaban estos servicios, en los cuales se aprobaba la creación de los órganos asistenciales denominados Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia.

En los casos de aquellos municipios que por sus características socioeconómicas les permitía tener mayor capacidad y recursos, solicitaban al congreso local su aprobación y autorización respectiva como organismos descentralizados paramunicipales, que posteriormente eran publicados en los periódicos oficiales de las entidades.

Para ello se ha llevado a cabo una serie de reuniones en diversas ciudades del país, con objeto de evaluar los avances y logros obtenidos, así como la problemática enfrentada. En todo momento, el sistema nacional ha brindado el apoyo, la asesoría y la capacitación necesarias a los DIF-estatales o, en su caso, municipales para continuar fortaleciendo dicho programa.

En la operación de los programas institucionales por parte de los DIF-municipales, son ellos quienes han determinado conforme a sus necesidades aquellos que consideran viables de realizar en la localidad, para lo cual es indispensable por una parte que el municipio aporte un porcentaje de sus ingresos para dichos programas y, por la otra, se otorgue por parte del DIF-estatal o, en su caso, nacional la asistencia técnica y administrativa requeridas para garantizar así su estricto cumplimiento.

Es importante destacar que el programa mencionado surgió de la preocupación y del sentir de Paloma C. de De la Madrid, presidenta del Patronato del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, de ampliar la cobertura y de asegurar mayores recursos y participación en los programas institucionales.

Es así como el DIF-nacional dentro de su entorno de competencia, ha establecido la normatividad, los lineamientos y directrices que deben observar los sistemas estatales y, a su vez, los municipales. De igual forma, los DIF de los estados determinan los mecanismos de operación, comunicación y apoyo que fijan con los DIF-municipales, a efecto de concertar de acuerdo con su capacidad y recursos que éstos destinan, los programas o acciones a desarrollar en materia de asistencia social y de acuerdo a las particularidades de la realidad local.

Todo lo anterior viene a integrar y consolidar un modelo que engloba los diversos aspectos de la asistencia social; es así que se ha denominado "modelo único de asistencia social".

Dicho modelo abarca el marco legal que fundamenta jurídicamente las funciones asistenciales; de igual forma, establece la institucionalidad de la asistencia social en sus diferentes instancias gubernamentales; dentro

del campo programático, se determinan y concertan los programas y presupuestos que han de efectuarse; la normatividad se ha marcado a través de lineamientos específicos para su observancia y en la operación se han definido las características requeridas en la recepción de los servicios asistenciales.

Llegar a su formalización ha sido el resultado de esfuerzos en los que se ha contado con el concurso amplio y decidido de federación, estados, municipios y, desde luego, de la representación de los sectores social y privado.

Gobierno y sociedad en su conjunto se aprestan a asumir una nueva actitud filosófica basada en la solidaridad, que permita hacer efectivos los propósitos de bienestar y justicia a la que aspiramos.

BffiLIOGRAFlA

Sistema Nacional de Planeación Democrática; principios y *organización.* México, Secretaría de Programación y Presupuesto.

Qué hace el DIF por México. México, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 1985.

Madrid, Miguel de la. *Testimonio político.* Vol. V. México, Presidencia de la República, 1984.

Esquema para la instrumentación y *formalización de los DIF municipales.* México, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 1984.

Lineamientos generales para el funcionamiento institucional de la asistencia social a nivel municipaL México, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 1984.

El IMSS: Salud, seguridad y solidaridad social

EMILIO RABA5A CAMBOA

ANTECEDENTES DOCTRINALES Y BASES CONSTITUCIONALES

El pensamiento político-social de la revolución mexicana conformó un cuerpo de ideas sobre el papel del individuo, la sociedad y el Estado para el México del siglo XX, en el que se pueden encontrar las raíces doctrinarias que explican al Instituto Mexicano del Seguro Social y, por lo tanto, a su específica estructura administrativa y financiera.

Ese cuerpo doctrinario, alimentado por Madero, Arriaga, Díaz Soto y Gama, Sarabia, Rivera, Flores Magón, Zapata, Orozco, Molina Enríquez, Cabrera hasta Carranza, para nombrar a los precursores, intelectuales e ideólogos más destacados, tuvo el mérito histórico de provocar un replanteamiento de los grandes problemas nacionales y una forma diferente de enfrentarlos: "Los nuevos temas del pensamiento político son las relaciones entre los hombres, que tienen una determinación social, y el Estado, así como la responsabilidad que se atribuye al gobierno respecto de los problemas de los sectores más pobres de la población".[1]

De este conjunto de ideas, que proporciona un nuevo fundamento ideológico a las nacientes estructuras político-sociales, sobresale el concepto de "democracia", que el Constituyente de Querétaro plasmó en el artículo tercero de su carta constitucional: "... la democracia no solamente como una estructura jurídica y un régimen político, sino como un sistema de vida fundado en el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo".[2]

De este precepto analizado en relación con

[1] Córdova. Arnaldo. *La Ideología de la Revolución Mexicana*. Ediciones ERA. Séptima edición, 1979, p. 123.

[2] *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Inciso A, fracción 1, artículo tercero.

el artículo 123 que establece las garantías laborales, puede desprenderse e! concepto de "democracia social" no sólo en el sentido jurídico material, sino sobre todo jurídico formal como se verá en seguida.

Es una verdad frecuentemente repetida, que la nuestra fue la primera Constitución social del siglo, porque elevó a rango constitucional las garantías sociales, incorporando de esta manera a los "factores reales de poder" del México revolucionario.

Sin embargo, quizás no hayamos reparado suficientemente' en e! alcance específicamente político de esta innovación constitucional, esto es, la forma y términos de la participación que conlleva este derecho social y que la teoría jurídica' identifica como "dinámica del **orden social".**

El Constituyente originario, primero, y e! permanente, después, no sólo establecieron las bases constitucionales para e! respeto de los derechos sociales: trabajo, educación, seguridad social, vivienda y, últimamente, salud; también sentaron los fundamentos para la incorporación y participación de las organizaciones sociales en la vigencia y permanencia de estos derechos: "La participación es entonces condición esencial para la observancia de los derechos sociales y garantía para que **sean** respetados'V

Además de reconocer la existencia de los derechos sociales frente al quehacer estatal, a su dinámica se incorporó a los sujetos obligados y beneficiados por aquéllos: "No sólo se le confía (al Estado) un arbitraje inclinado a los intereses generales de la sociedad, asumiendo e! pape! de proteger a las mayorías, sino que se le dota de mecanismos que garanticen para esa misma sociedad su derecho a ejercer vigilancia en favor de lo que ha conquistado y se haga posible que mediante e! acceso a los órganos de poder exista una correspondencia permanente entre esos intereses y quienes los representan".[7]

De esta manera, podríamos entender a la democracia social en un sentido participativo del grupo social y no sólo en lo que se antoja un sentido restringido, como la existencia estática de sus derechos. "Buscar las garantías sociales para hacer efectiva la participación, lograr la participación para hacer efectivas esas garantías"" y de esta manera asegurar "el constante mejoramiento económico, social y cultural de! pueblo", podría sugerirse como la fórmula de la democracia social que consignó nuestra Constitución.

Si la democracia es la forma de gobierno por la participación en e! poder quien a él se somete o, en términos jurídicos, la partici**pación, en el proceso de creación normativa,** de! sujeto obligado por la norma, entonces la democracia social es el sistema de participación en la creación y vigencia de las normas sociales por los sujetos de los derechos y las obligaciones que derivan de aquéllos.

En nuestro sistema jurídico la Constitución

[3] Lasalle, Fernando. *¿Qué es una Constitución?* Madrid. 1931, pp. 65-71.

[4] Véase el ensaye de Limón Rojas, Miguel. "La Participación Política como Derecho Social", en *Los Derechos Sociales del Pueblo Mexicano.* Tomo 1, Editorial Manuel Porrúa, S.A., 1979. L Legislatura, Cámara de Diputadoa. Congreso de la Unión.

5Kelsen. Hans. *Teoría General del Estado.* Editora Nacional. México. 1965.

[6] Limón Rojas, Miguel. *Op. cit.,* p. 231.

[7] *Ibidem,* p. 239.

"*lbidem,* p. 230.

delegó a la norma secundaria, la ley, la función de precisar los términos y modalidades de dicha participación.

Es precisamente en la legislación social (Ley Federal del Trabajo, Ley del IMSS, Ley del INFONAVIT, etcétera) en donde puede encontrarse buena parte de la riqueza normativa del concepto de democracia social arriba anotado.

Al estudiar la forma en que se organizan diversas instituciones sociales y entender cómo operan en la disposición y distribución de sus recursos, es en donde se capta ese sentido participativo que da vigencia a la democracia social.

El tripartismo característico de las Juntas de Conciliación y Arbitraje, las Comisiones Nacionales y Regionales de los Salarios Mínimos, la Comisión nacional para la participación de los trabajadores en las utilidades de las empresas, el IMSS e INFONAVIT, no es sino el término legalmente acuñado para describir esa forma de organización.

GENESIS y EVOLUCION DEL TRIPARTISMO EN LA SEGURIDAD SOCIAL

El principio de "administración tripartita" o simplemente "tripartismo", que determina la estructura administrativo-financiera del IMSS, se fue generando a través de un proceso de decantación conceptual hasta llegar al significado que adquiere en la Ley del Seguro Social.

Probablemente, el punto de partida de dicho proceso lo encontramos en el naciente artículo 123 del texto constitucional de Querétaro, ya que al establecerse los diversos ramos que entonces abarcaría la seguridad social, necesariamente se plantearía la cuestión de la distribución de las cargas para hacerlo efectivo y del tipo de organización que lo administraría. De cualquier manera, la presencia de los elementos formativos del seguro se había ya suscitado.

A partir de entonces y hasta la Ley de 1943, encontramos una persistente voluntad política de los gobiernos desde el de Alvaro Obregón hasta el de Manuel Avila Camacho, por ir precisando, con distintos matices, la idea de la participación tripartita.

El proyecto de la ley para el aseguramiento de los trabajadores de Obregón, publicada el 9 de diciembre de 1921, plantea "la creación de un fondo de reserva formado a partir de la contribución del 18 por ciento del salario de los obreros, que aportarían los empresarios y administraría el Estado"."

Plutarco Elías Calles disponía en su proyecto de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales del 3 de septiembre de 1925, la "creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, tripartito en cuanto a su administración, pero cuya integración económica sólo habría de comprender al sector patronal".'o

Emilio Portes Gil logra reformar la fracción XXIX del artículo 123 constitucional, suprimiendo la idea de "cajas populares" y en su lugar considera de utilidad pública la expedición de Ley del Seguro Social, delegando con ello en el Congreso la facultad de determinar en esa norma su estructura administrativa y financiera.

9II18tituto Mexicano del Seguro Social. *40 años de Historia*, 1943-1983. México. 1983. p.18.

10*Ibidem*. p. 18.

Pascual Ortiz Rubio promovió la creación de una Sociedad Nacional de Seguros contra Accidentes de Trabajo, que "funcionará con aportaciones gubernamentales y patronales manejada por los industriales".[11]

Es en el proyecto del General Lázaro Cárdenas, en el que participó el licenciado Ignacio García Téllez como secretario de Gobernación, en el que se precisa por vez primera la idea acabada de una institución conformada con aportaciones y administración tripartitas. Este proyecto es el antecedente inmediato de la Ley del Seguro Social de 1943.

Resulta interesante subrayar que en su informe del lo. de septiembre de 1938, al inaugurar el período ordinario de sesiones del Congreso, el presidente Cárdenas, en alusión a la organización del Seguro Social, señaló: "... trazando un sistema razonable en la distribución de las cuotas y fijando también un régimen democrático y expedito para el funcionamiento de la institución del Seguro Social".[12] La referencia es importante por cuanto se hizo explícito el principio democrático en la estructura administrativo-financiera del Seguro Social.

Finalmente, el legislador de 1943 no dejó lugar a duda alguna sobre la forma de estructurar al sistema; en su exposición de motivos lo señala de esta manera: "... para la organización y administración del sistema se crea una institución de servicio público descentralizado, con la personalidad jurídica propia y libre disposición de su patrimonio, que se denominará Instituto Mexicano del Seguro Social. Se encomendó la gestión del sistema a un organismo descentralizado porque ofrece respecto del centralizado, ventajas de consideración entre las que se encuentran ... 20.) democracia efectiva en la organización del mismo, pues permite a los directamenteinteresados en su funcionamiento, intervenir en su manejo".[13]

Como idea y realidad de organización administrativo-financiera, que asegura la efectiva participación de las partes corresponsabies y beneficiadas por la seguridad social, el tripartismo ha subsistido por más de cuarenta anos, incluso, recientemente, ha ampliado su ámbito de vigencia.

El presidente Miguel de la Madrid, en congruencia con la política de descentralización de la vida nacional, envió al Congreso de la Unión en el año de 1984 una iniciativa de reformas a la Ley del Seguro Social, por medio de la cual se agregaron los artículos 258 A, B Y C. Mediante estas disposiciones se conforma a nivel de ley la organización tripartita en el ámbito local o delegaeional, es decir, en cada estado de la República y en el Distrito Federal, mediante los Consejos Consultivos Delegacionales.

Las adiciones de la iniciativa presidencial configuran ahora un tripartismo desconcentrado, por el cual las organizaciones que representan el interés mayoritario de los asegurados en cada entidad federativa y el Distrito Federal, y la representación de los gobiernos estatales, intervienen también en la gestión de la seguridad social.

Precisados los antecedentes doctrinales, las bases constitucionales y la evolución del concepto del tripartismo hasta su inclusión en la

[11] *Ibidem*, p. 20.

[12] *Ibidem*, p. 21.

[13] *Exposición de Motivo, de la Ley del Seguro Social de 1943.*

Ley del IMSS, corresponde ahora analizar la vigencia que ha tenido este concepto en el desenvolvimiento del Seguro Social. En otras palabras, se trata de analizar cómo dicho concepto se ha traducido en una forma específica de organización administrativa y financiera, en la que activamente participan los propios obligados y beneficiarios del sistema.

En consonancia con el principio democrático contenido en la exposición de motivos de la Ley del 1MSS de 1943 antes señalado," y que la Ley de 1973 ratificó, la participación gubernamental y sectorial está prevista en la propia Ley del Congreso, tanto en la administración como en la conformación del sistema financiero institucional.

SISTEMA DE GESTION **TRIPARTITA**

El principio de la administración tripartita del Instituto perroea a toda la estructura institucional, es decir, funciona efectivamente mediante un sistema de órganos oolegiados, que opera tanto a nivel central como local o delegacional.

En el pnmero lo integran la Asamblea General, el H. Consejo Técnico, el Comité Consultivo de Riesgos de Trabajo y la Comisión de Vigilancia; en el nivel desconcentrado está dispuesto en el funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales.

Este sistema de órganos colegiados está estructurado por los principios de representatividad igualitaria, orden jerárquico y cooperación o colaboración interinstitucional.

*Véase nota 13.

Representatividad Igualitaria

Este principio se aplica tanto a la integración gubernamental y paritaria de todo el sistema, coma en el peso específico de sus resoluciones.

De esta manera, la Asamblea General cuenta con treinta miembros, 10 de cada sector y 10 del ejecutivo federal, quien la preside a través del director general del Instituto. Las representaciones obreras y patronales acuden a este órgano supremo a través de las organizaciones de trabajadores y. patronales, que representan el interés mayoritario de la población asegurada determinada con base en el número de miembros afiliados.

El Consejo Técnico se integra con un total de doce miembros, correspondiendo cuatro a cada sector y cuatro a la representación gubernamental. La designación de :« consejeros queda a cargo de la Asamblea General, en la cual cada sector designa a sus representantes. Por ley, la representación gubernamental se integra con el director general, presidente del Consejo, el secretario de Salud y otros dos consejeros designados por el ejecutivo federal.

Para aquellos asuntos que el Consejo Técnico estima debe dárseles mayor consideración, ha establecido órganos colegiados especializados: las comisiones de adquisiciones, planeación y presupuesto, construcciones, seguro de riesgos de trabajo, comunicación social, asuntos jurídicos, y las comisiones de quejas y de convenios. Salvo las dos últimas que funcionan bipartitamente, todas las restantes operan en forma tripartita con un consejero obrero, un patronal y el director general como presidente de las mismas.

La Comisión de Vigilancia funciona a su

vez con seis miembros, dos por cada sector y dos por el gobierno, designados por las representaciones ante la Asamblea General.

El Comité Consultivo de Riesgos de Trabajo que atiende la revisión, clases y grados de riesgo de las empresas, también se compone de manera tripartita con un miembro de cada sector y un representante gubernamental.

Los Consejos Consultivos Delegacionales que operan en cada una de las 36 Delegaciones del Instituto (una en cada estado de la República, dos en Veracruz y cuatro en el Distrito Federal), se integran con el propio delegado, un representante del gobierno de la entidad federativa sede de la Delegación, dos del sector obrero y dos del sector patronal (de las organizaciones obreras y patronales que representan el interés mayoritario de los asegurados en cada localidad).

Las resoluciones que se adoptan en cada uno de estos órganos colegiados son por simple mayoría de votos de sus respectivas representaciones, teniendo igual peso cada voto sectorial y el gubernamental.

Principio de Orden Jerárquico y Colaboración

Las relaciones que entre sí guardan los órganos colegiados y por las cuales se entrelaza una red o sistema integrado, están determinadas por los principios de jerarquía y colaboración interinstitucional.

La Asamblea General es el órgano supremo porque determina la integración (designación y remoción) de los restantes, sea en forma directa (Consejo Técnico, Comisión de Vigilancia) como indirecta (a través del Consejo Técnico por ella integrado, para los comités y comisiones, el Comité Consultivo del Seguro de Riesgos y los Consejos Consultivos Delegacionales), así COmo porque resuelve en definitiva las resoluciones del Consejo Técnico vetados por el director general y por la importancia de los asuntos (artículo 250 de la Ley del IMSS) que conoce y autoriza.

El Consejo Técnico, por su parte, determina la integración de sus órganos de apoyo (comités y comisiones) y, en definitiva, resuelve sobre sus acuerdos; también interviene en la integración del Comité Consultivo del Seguro de Riesgos y de los Consejos Consultivos Delegacionales, a quienes puede señalar facultades adicionales a las indicadas en la ley.

El Principio de Colaboración Interinstitucional

Se expresa a través de las atribuciones que cada uno de ellos tiene asignadas. De esta manera y a título ejemplificativo, la Asamblea General resuelve, entre otros asuntos, el presupuesto de ingresos y gastos y el programa de actividades del director general, que previamente conoce el Consejo Técnico, y también el informe que elabora la Comisión de Vigilancia, la que a su vez puede sugerir a la Asamblea y al Consejo Técnico las medidas que juzgue convenientes para el mejor funcionamiento del Instituto. También dictamina el informe de actividades y los estados financieros presentados por el Consejo Técnico y practica auditorías de los balances contables que aprueba la Asamblea General.

Por su parte, el Consejo Técnico convoca a las sesiones ordinarias y extraordinarias de la

Asamblea General, y conoce y resuelve sobre el presupuesto y los programas de actividades que, elaborados por la Dirección General, son en definitiva autorizadas por ellas,

De esta manera, el legislador aplicó el concepto del tripartismo con los principios de representación igualitaria, orden jerárquico y colaboración, para conformar en un todo orgánico y armonioso la estructura administrativa institucional.

Este propósito se hizo explícito en la exposición de motivos de la Ley de 1943: "Se quiso que esas entidades sociales estuvieran en igualdad de condiciones para defender sus respectivos intereses y velar por la buena marcha del servicio, en la que todos tienen un interés directo y a fin de obtener que la gestión del sistema sea el producto de la coordinación y entendimiento de los factores de la producción y de la sociedad políticamente **organizada**".[14]

SISTEMA FINANCIERO TRIPARTITA

El tripartismo, expresión de la participación democrática sectorial y gubernamental para la vigencia y permanencia del derecho social de la seguridad social, sc expresa no sólo en la **organización- administrativa institucional, también tiene eficacia, si bien con base en** principios diferentes, en su estructura financiera,

Cuando el pensamiento político-social de la revolución replanteó los grandes problemas **nacionales y suscitó como tema:** "las **relaciones** entre los hombres que tienen una determinada situación social y el Estado, así como la responsabilidad que se atribuye al gobierno respecto de los problemas de los sectores más pobres de la población",[1]s el debate y la reflexión se encaminaron a la consideración de las condiciones laborales y sociales del trabajador y su familia en relación con la empresa, la sociedad y el Estado,

Fue así que se dio valor político y social a las contingencias de la vida laboral y social **como la invalidez, vejez, muerte, cesantía** involuntaria del trabajo, enfermedades y accidentes profesionales y no profesionales. A partir de ese momento nacieron los derechos sociales de la seguridad social y la consecuente responsabilidad del individuo-trabajador, la empresa y la sociedad, representada por el Estado, para hacerlos vigentes; es decir, la distribución de las cargas entre toda la comunidad para darles viabilidad. Este es el sistema de corresponsabilidad financiera.

El Constituyente de Querétaro consignó esos derechos sociales en las fracciones XIV Y XXIX del artículo 123. En ellos estableció un sistema diferenciado de cargas de acuerdo con los distintos ramos de seguro; por una parte, los accidentes y enfermedades profesionales y, por la otra, los seguros de invalidez, **vejez, cesantía en edad avanzada, muerte,** enfermedades y accidentes no profesionales.

Tripartismo en los Ingresos

Las fuentes financieras para garantizar las prestaciones derivadas de estos derechos fueron distintas. En el caso de los riesgos por accidentes y enfermedades profesionales, corresponde exclusivamente al patrón cubrir

[14] *Exposícíón de* ***Motivos de la Ley del Seguro Social de 1943.***

[1] **Córdova, Amaldo.** ***Op. Cu.;*** **p. 123.**

la cuota correspondiente en atención a la teoría del riesgo objetivo, que el Constituyente aplicó en sustitución a la de la culpa de corte civilista. Esa teoría sostiene que: "el establecimiento de una organización a base de funcionamiento de máquinas implica la creación de un riesgo por su solo establecimiento, riesgo que existe para cualquiera y especialmente para los trabajadores. . . siendo estos riesgos inherentes al trabajo, es lógico que sea el empresario, esto es, el creador del riesgo y a la vez beneficiario de la producción, quien los reporte, pues no sería justo ni equitativo quedaran a cargo del trabajador, quien no obtiene los beneficios de la producción y no es tampoco el creador del riesgo".'0

En el caso de los otros derechos, la determinación de la carga financiera se fue precisando a lo largo del mismo proceso de decantación conceptual antes expuesto" del tripartismo. En las iniciativas de Obregón y Calles debía corresponder al empresario; en la de Ortiz Rubio se agregaba al Estado; y es en el proyecto del General Cárdenas en donde se introduce por vez primera el financiamiento tripartito, que toma la iniciativa del presidente Manuel Avila Camacho.

Los principios que aplicó el legislador en la distribución tripartita de las cargas financieras para los seguros de invalidez, vejez, vida, cesación involuntaria del trabajo, así como enfermedades y accidentes no profesionales, fueron el interés nacional, el interés particular de cada sector y, como síntesis de ambos, el de solidaridad social.

Interés nacional

El principio del interés nacional comprendía tanto cuestiones de ética general como de relevancia para la economía nacional y de interés de toda la sociedad representada por el Estado. Como complemento del salario, el seguro social estabilizaría a la capa económicamente débil de la población: "estabilización a la que debe aspirarse, tanto porque su logro vendría a satisfacer nobles aspiraciones de la convivencia humana, cuanto porque al elevar las condiciones de vida del sector mayoritario de la nación, automáticamente se operaría un crecimiento vigoroso de la economía general del país"." La insuficiencia de la previsión libre y de la asistencia privada obligan a la intervención y rectoría estatal en representación de la sociedad toda, ya que "los riesgos sociales constituyen no sólo una amenaza para la vida y la integridad física del trabajador, sino también para la de sus familiares y, aún más, para la comunidad de que forma **parte**".[18]

Interés sectorial

En el caso del trabajador, la imposibilidad del ahorro por la insuficiencia del salario, la obligación correlativa al derecho a las prestaciones y el derecho a participar en la administración del sistema fueron los fundamentos de la cuota obrera.

En el caso del patrón, se estimó que el bienestar laboral aumenta el rendimiento del trabajador y el poder adquisitivo, favoreciendo

[16] **De la Cueva. Mario.** *Derecho Mexicano del Trabajo.* **Editoria) Porrúa. Tomo 11.** México, 1970, **p. 100.**
·**Capítulo 2 de) presente estudio.**

[17] *Exposición* **de** *Motivos* **de** *la Ley del Seguro Social* **de** *1943.*
[18] *Ibidem.*

en ello productividad y consumo. Adicionalmente, se propicia un régimen de igualdad en la competencia industrial y se reconoce como un costo necesario de la producción el costo del capital humano, aún más cuando que se reconoce el costo de la amortización de la maquinaria y equipo.

En ambos casos del trabajador y el patrón, la contribución al seguro social también conlleva la ventaja de evitar la afectación de la economía doméstica y de la empresa, ante la posibilidad de la realización de una contingencia que requiriese erogaciones no calculadas, **suprimiendo en ambos casos amenazas** económicas imprevistas por esta causa. De esta manera se facilita la planeación que toda producción de bienes y servicios requiere.

El principio de la solidaridad social

No obstante la validez de los principios anteriores, que determinaron la obligatoriedad de la participación tripartita, en la distribución de las cargas para hacer viable el seguro social es el principio de la solidaridad social el que adquiere mayor relevancia en un fenómeno colectivo de imposible resolución individual.

Ninguna empresa o trabajador, aisladamente, podría soportar los gastos que entraña el servicio del seguro social con cargo a costos de producción o a la economía familiar. El volumen de recursos comprometidos para hacer posible la requerida producción a escala **de los servicios, supone necesariamente el** distinto valor relativo de los montos de las aportaciones, cuyo valor agregado, la solidaridad social y sólo la solidaridad social, hacen posible.

Al fincarse el gasto requerido para la operación del sistema en un porcentaje o valor del volumen del salario (13 por ciento en 1943, 18 por ciento ahora), la solidaridad acontece entre empresas de distinto tamaño, grado de riesgo, localización y número de trabajadores; entre trabajadores de diferente nivel de ingreso, entre los sectores, por el valor de la produccion frente al del trabajo y, desde luego, entre la comunidad toda para con su capital humano productivo, todo lo cual permite por añadidura una más equitativa distribución del ingreso nacional, que también el propio IMSS hace a su vez más efectiva en la forma de acciones y programas concretos" encauzados a favorecer a los grupos más desprotegidos.

A diferencia pues de los principios que determinan la estructura administrativa tripartita del Seguro Social, los que condicionan su sistema financiero descansan en el fundamental de la solidaridad social.

En la actualidad, la aportación conjunta de los tres sectores equivale, en términos porcentuales, al 18 por ciento del salario integrado del trabajador asegurado; y ese porcentaje se distribuye en atención al costo de los seguros de la siguiente manera: 9 por ciento a enfermedades y maternidad; 6 por ciento a invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; 2 por ciento a riesgos de trabajo y 1 por ciento a guarderías. Para efectos expositivos, esta distribución de cuotas se muestra en el cuadro 1, mismo que incluye además las prestaciones principales que corresponden a cada tipo de seguro.

*Acciones de eolídarídad social, prestaciones sociales e IMSS-COPLAMAR.

Cuadro 1

TIPOS DE SEGUROS, PRESTACIONES Y CUOTAS

SEGUROS	*PRESTACIONES PRINCIPALES*	*CUOTAS TOTALES*
Enfermedades y maternidad.	Atención médica. - Subsidios por enfermedad y maternidad. - Gastos de funeral.	9 por ciento del salario integrado.
Invalidez, vejez, **cesantía en** edad avanzada y muerte.	- Pensiones por invalidez, vejez y muerte. - Dotes matrimoniales. - Atención médica a pensionados y familiares.	6 por ciento del salario integrado.
Riesgos de trabajo.	- Atención médica y aparatos de prótesis. - Subsidios por incapacidad. - Pensiones por invalidez o muerte, derivadas de una enfermedad o accidente de trabajo.	2 por ciento del salario integrado en promedio (dependencia de la clase de riesgo correspondiente a a la actividad).
Guarderías.	- Para hijos de aseguradas.	0.92 por ciento del salario integrado.

Fuente: Madrigal Patíño, **Emilio. "Estructura Financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social".** *Cuestión Social*, **No. 4-5, Verano/Otoño,** México, 1986. **p. 6.**

La proporción con que contribuye cada uno de los sectores para integrar las primas de seguro correspondientes, ha tenido algunos cambios a lo largo del tiempo, como se observa en el cuadro 2, la del sector patronal aumentó de 50.5 por ciento en 1943-1965 a 62.5 por ciento en 1966·1986 y a 70 por ciento en la actualidad; la del gobierno, por el contrario, se redujo de 25.0 a 12.5 por ciento y a 5.0 por ciento; la del obrero, por su parte, se ha mantenido en 25.0 por ciento.

Los cambios observados en tal sentido, han obedecido fundamentalmente a la necesidad de reasignar recursos financieros por parte del Estado, para la atención de grupos no protegidos, en donde la aportación gubernamental llega a ser hasta del 100 por ciento, como sucede ahora con el seguro de atención médica, farmacéuti-

Cuadro 2

ESTRUCTURA DE LAS APORTACIONES PARA LOS SEGUROS DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD E INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTIA y MUERTE
(En porcentaje de los salarios de los trabajadores asegurados)

	1943-1949[1]	1949-1959'	*1960-1965'*	1966-1986[4]	1986'
- Seguro de enfermedades y maternidad					
Patrón	3.000	4.000	4.500	5.625	6.300
Trabajador	1.500	2.000	2.250	2.250	2.250
Estado	1.500	2.000	2.250	1.125	0.450
Cuota total	6.000	8.000	9.000	9.000	9.000
- Seguro de invalidez, vejez, cesantía y muerte					
Patrón	3.000	3.000	3.000	3.750	4.200
Trabajador	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500
Estado	1.500	1.500	1.500	0.750	0.300
Cuota total	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000

1 19 de enero. Ley original.
2 28 de febrero de 1949. Decreto.
3 31 de diciembre de 1959. Decreto.
4 31 de diciembre de 1965. Decreto
5 29 de junio de 1986. Decreto.

ca y hospitalaria a los estudiantes de nivel medio superior y superior en planteles oficia. les del sistema educativo nacional. Adicionalmente, estos cambios han asegurado la estabilidad financiera del Instituto, ya que de esta manera "queda sujeto a su propia lógica financiera, esto es, dejando vinculadas plena. mente las fuentes de ingreso de la institución a los procesos, a las actividades y a las estructuras, que dan nacimiento a los derechos y obligaciones de los beneficiarios de la seguridad social, alejándolo de variables externas, fuera de su causalidad";"

Tripartismo en los Egresos

El legislador ordinario quiso que la paticipación de los sectores y el Estado no sólo se

19 García Sáinz, Ricardo. ***Informe del C. Director General del IMSS a la LIX Asombiea General.*** **lo. de octubre, 1986.**

limitara a la integración de las fuentes de financiamiento mediante e! sistema de distribución de cargas (cuotas), esto es, en los ingresos de la institución, sino que también intervinieran en la aplicación de los recursos; es decir, en la precisión de los egresos institucionales a través del sistema de órganos colegiados antes descrito.

"Las características de las prestaciones de cada seguro determinan que las instituciones de seguridad social se enfrenten tanto a gastos inmediatos como a erogaciones a largo plazo".'·

En ambos casos se requiere precisar el régimen financiero como conjunto de técnicas y operaciones actuariales, contables y estadísticas propias de cada compromiso.

La participación tripartita en la determinación del régimen financiero institucional sea e! de reparto anual, por e! que se garantizan las prestaciones inmediatas, o e! de prima media escalonada, para financiar las prestaciones a mediano y largo plazo, se establece por medio de! presupuesto de ingresos y egresos que es responsabilidad tanto de! Consejo Técnico como de la Asamblea General. Por su parte, la Comisión de Vigilancia, además de supervisar las inversiones, practica la auditoría de los balances contables que en definitiva aprueba o modifica la Asamblea General.

Un mecanismo de evaluación y control presupuestario en e! que también esté inmerso e! sistema de órganos colegiados, asegura e! adecuado cumplimiento de las políticas de gasto.

1D**Madrigal** Patíño, **Emilio. "Estructura Financiera**del Instítu**lo Mexicano del Seguro Social". Número 4·5** *Revista Cues*tión *Social, Revista Mexicana de Seguridad Social.* **IMSS.** 1986. p. 9.

FRONTERAS DEL TRIPARTISMO

Se han señalado ya en otro apartado las ventajas que la participación financiera tripartita reporta a cada una de las partes involucradas en este proceso. Cabría, sin embargo, valorar esta estructura desde un ángulo todavía más amplio, que permita reconocer sus fronteras naturales.

La gestión tripartita no es absoluta ni se da en el vacío; está cercada por lo que podría estimarse un marco de valores éticos, jurídicos, políticos, económicos y sociales que constituyen su axiología propia.

Moralmente, la seguridad social es un medio de dignificación humana; frente al estado de indigencia, insalubridad y desprotección que crean las contingencias y situaciones laborales, sociales y hasta biológicas a que está expuesto e! ser humano, que atentan contra su libertad y, desde luego, contra su bienestar personal y social.

Resulta, por lo tanto, un imperativo ético la preservación, fortalecimiento y acrecentamiento de la seguridad social: "Debemos... confirmar una vez más que lo humano es e! problema esencial, que ningún cambio en la **ciencia, en la técnica, en la tecnología tiene** sentido, si su propósito fundamental no es e! de buscar e! bienestar del hombre, su tranquilidad y su felicidad, avanzando en e! camino de la paz social, de la justicia basada en que no sean muchos los que tengan poco y pocos los que tengan mucho, sino permitiendo mayores oportunidades de igualdad"."

21 **García Sáinz Ricardo. "Intervención del C. Director** General **ante el H. Congreso del Estado de Oaxaca".** *Informe de Gobierno,* 1986.

Jurídicamente, la operación administrativo-financiera del IMSS está enmarcada tanto en su propia ley como en el orden jurídico nacional.

Este marco legal, si bien favorece las posibilidades de participación antes descritas, tamo bién contiene limitantes y frenos en este **dinámico proceso.**

Cuando el Constituyente facultó al Congreso a expedir una Ley del Seguro Social (frac. ción XXIX, artículo 123 constitucional), este último debía hacerlo respetando el contenido mínimo o sustantivo del propio precepto constitucional; no podía, pues, haber dejado fuera de su función legisladora a algunos de los seguros señalados en la fracción XXIX, a **riesgo de declarar inconstitucional esa norma.**

Siguiendo esa misma técnica jurídica, aplicada al siguiente nivel jurídico (ley), ellegis· lador ordinario facultó a gobierno, patrones y trabajadores a participar en el proceso creativo de la seguridad social; pero, esa partieipación queda sujeta a las disposiciones tanto procedimentales como sustantivas que la propia Ley del Seguro Social establece. Deben, por lo tanto, observarse y aplicarse todas las normas relativas a los tipos de regímenes (ordinario y voluntario), las que regulan los servicios sociales (prestaciones sociales y solio daridad social) y, desde luego, las referentes a **las finanzas, como las que determinan la inver**sión de reservas (artículo 263) y, en general, el patrimonio institucional, etcétera.

Por lo tanto, conforme a este marco constitucional y legal, las entidades tripartitas no pueden dejar de atender las ramas de seguros jurídicamente establecidas, tampoco soslayar **en los términos indicados a los servicios socia**les o bien disponer para cualquier otro fin o propósito, por lícito que sea, de los recursos que integran el patrimonio del seguro.

Este mecanismo jurídico de "frenos o contrapesos" es lo que determina la legalidad de la acción tripartita.

Desde otro ángulo, el tripartismo incorpora a la sociedad políticamente organizada en la operación de la seguridad social, como lo previera Lázaro Cárdenas en su informe al Congreso antes citado", ya que son las organizaciones de patrones y trabajadores que repre· sentan el interés mayoritario de la población asegurada, bajo la rectoría del Estado que, por su parte, representa a la sociedad en su conjunto, quienes integran al sistema de órganos colegiados de la institución.

Consecuentemente, desde el punto de vista político, el tripartismo confiere valor a la oro ganización política de la sociedad a través de sus sindicatos, confederaciones y el propio Estado.

En cuanto al valor económico, resulta evi**dente que una economía en contracción, rece**sión o expansión determinará el grado de crecimiento institucional y la oferta de los servicios, ya que, por un lado, los ingresos (cuotas) dependen del valor asignado al salario y, por el otro, los egresos, por el volumen de insumos requeridos para la operación, se impactan eon las variaciones en los precios del **mercado tanto nacional como internacional.** La dinámica precios-salarios también repercute en la liquidez de la institución.

Como se presentó al inicio de este trabajo, fue el nuevo pensamiento político de la revo**lución mexicana en donde esta organización** encuentra su fundamento doctrinal; fue el

***Véase nota 13.**

Constituyente de Querétaro en su Carta de 1917 quien le dio sus bases constitucionales, a partir de las cuales el legislador ordinario delineó su forma y función, ampliándola recientemente mediante la desconcentración.

En la actualidad, ese valor social se traduce en la efectiva participación de la organización estatal, confederaciones de trabajadores y patronales y, a través de ella, en la vigencia y permanencia de los derechos sociales que la seguridad social otorga a los trabajadores y sus familias, así como los beneficios que la misma proporciona a los grupos más desprotegidos de la población.

Su proyección futura está sujeta a la voluntad y determinación política de una sociedad que, desde 1917, le puso el adjetivo de "social" **a su democracia.**

El ISSSTE: La salud y la seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado

ALEJANDRO CARRILLO CASTRO

El 7 de diciembre de 1959 el entonces presidente de México, Adolfo López Mateos, envió al Congreso de la Unión la iniciativa de ley que transformaría a la antigua Dirección General de Pensiones Civiles de Retiro en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. De manera simultánea, el jefe del ejecutivo también presentó al congreso la iniciativa para elevar a rango constitucional los derechos de los trabajadores públicos mediante la adición del apartado B al artículo 123. Ambas iniciativas fueron aprobadas y sus beneficios se extendieron a 300 mil servidores públicos y sus familias en 1960.

La creación del ISSSTE marca el inicio de un sistema integral de seguridad social para los trabajadores del Estado y sus familiares. Se trata de un proyecto más amplio, en concepto y contenido, que el de la antigua Dirección de Pensiones, en el que se establecen servicios y prestaciones de alcance avanzado que protegen al trabajador en su salud, en su salario, en su alimentación y en su vivienda; que promueven su formación cultural y social y que lo amparan, en caso de separación del servicio por invalidez o por vejez, sin omitir la protección a su familia. Los trabajadores del sector público avanzaron así en sus reivindicaciones sociales en un marco general de desarrollo económico del país.

La transformación de la Dirección de Pensiones en ISSSTE, implicó un proceso gradual de ajuste y reestructuración. Los primeros años pueden ser caracterizados como el periodo de tiempo dedicado al reacomodo y a la afirmación del proyecto. Se empieza con cautela a medir las necesidades y problemas que implica la gran empresa que se inicia. La institución mantuvo al inicio la mayoría de los departamentos de la Dirección de Pensiones, así como su personal. Sin embargo,

atendiendo a las nuevas condiciones, fueron creadas tres subdirecciones: la médica, la administrativa y la de pensiones y préstamos.

A partir de 1964, una vez detectados los problemas y necesidades de la institución, se **inicia un acelerado crecimiento encaminado a** cubrir las necesidades de sus derechohabientes. De esta manera, entre 1965 y 1970 el presupuesto del Instituto se incrementó a una tasa de crecimiento promedio anual del 15.7 por ciento, para hacer frente a las demandas de préstamos, unidades médicas, tiendas y obras administrativas y sociales entre otras. Por otra parte, por lo que toca a la modernización y la adecuación de los aparatos administrativos, se realizó un considerable avance en cuanto al registro e información sobre la vigencia de derechos de los trabajadores y sus familiares.

En suma, los primeros años de vida del ISSSTE se destinaron a crear los instrumentos y a formar una infraestructura incipiente, para cumplir el nuevo marco conceptual de seguridad social establecido en su Ley.

Cabe destacar en estos primeros intentos, los esfuerzos orientados al perfeccionamiento de los servicios de salud, que antes de la creación del ISSSTE no comprendian a la mayoria de los trabajadores ni a sus familiares. Anteriormente, los servicios médicos, cuando existían, se prestaban en forma autónoma por cada dependencia del sector público, lo que generaba condiciones diferenciadas de acceso a la salud para los trabajadores del Estado.

En 1959, de los 33 sindicatos que estructuraban la FSTSE, sólo ocho recibian de sus dependencias servicios médicos en instalaciones propias: clínicas y hospitales. El resto, subrogaba estos servICIOS y otorgaba subsidios directos a sus trabajadores. En todos los **casos, salvo excepciones, la atención médica** no incluía al núcleo familiar y, por lo general, resultaba ineficiente.

A partir de 1960 se inicia la fusión y regularización de estos servicios. Así, con el fin de satisfacer las demandas más urgentes de los servidores públicos, los servicios médicos se inician en el Distrito Federal y los primeros núcleos beneficiados son los trabajadores de Educación Pública, Patrimonio Nacional, Industria y Comercio y los del propio Instituto.

El 15 de enero de 1960 se inaugura el Hospital "Esperanza", con 40 camas para pediatría. El 15 de mayo del mismo año se inician los trabajos de rehabilitación y readaptación del Hospital "Fajer", que un año más tarde -el 16 de mayo de 1961- sería inaugurado como el Hospital "20 de Noviembre", unidad central del *sistema satélite* que se integra, además, con 16 clínicas de adscripción y 4 de especialidad.

Con ello, el Instituto estaba en posibilidad de proporcionar consulta externa de medicina general para adultos, medicina general para niños y atención de gineco-obstetricia. En el primer nivel de atención ofrecía especialidades médicas y quirúrgícas de valoración y diagnóstico en las 4 unidades de especialidad.

La hospitalización y urgencias se remitían al "20 de Noviembre", que en ese entonces tenía una capacidad de 630 camas censables y disponía de 12 salas de operaciones con todos los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, incluyendo bomba de cobalto para tratamientos de cancerología, equipos

que en la epoca mencionada constituían lo **más avanzado en asistencia médica.**

Estos servicios fueron creciendo en proporción a las demandas de los derechohabientes, las exigencias de la profesión médica, la actualización profesional y los programas de medicina curativa que, a través del tiempo, se enriquecieron con los servicios de: medicina nuclear, terapia superficial, perinatología, medicina hiperbárica, criocirugía, cirugía del corazón, hemodialisis, trasplantes renales y microcirugía.

En agosto de 1960 también se inicia el funcionamiento de seis clínicas en el Distrito Federal, como parte de un plan de 34 que habrían de concluirse en 1961.

Por otra parte, desde el primer año de ejercicio del Instituto los servicios médicos empezaron a extenderse a entidades como Sinaloa, Veracruz, Tamaulipas, Puebla y Oaxaca. Para 1961, en 150 poblaciones de los estados funcionaban ya servicios médicos, que aumentaron al siguiente ailo a 227.

En 1963, los servicios médicos se reorganizaron mediante la creación de la Comisión de Vigilancia y los Departamentos de Suministros y Relaciones Públicas. Este reacomodo en las funciones resultó indispensable para sentar las bases del futuro desarrollo institucional.

A partir de 1965, el área de atención a la salud recibe un fuerte impulso tanto en calidad como en eficiencia. Se inician tareas de investigación científica y tecnológica con el consecuente aumento de las erogaciones en este renglón. También en estos años, los servicios de medicina preventiva se sometieron a una reorganización que permitió el desarrollo más amplio de las actividades en este **renglón, así como su mejor funcionamiento** administrativo a través del establecimiento de normas, técnicas y procedimientos para la aplicación regular en los programas de trabajo.

Todas estas acciones hicieron posible que, para 1966, la capacidad instalada de la institución fuera de 111 clínicas, 301 puestos periféricos, 27 hospitales propios y 23 subrogados.

El incremento en la población derechohabiente planteó la necesidad de convertir las clínicas de adscripción en clínicas mixtas de especialidades. Gracias a esta transformación, a finales de los años sesentas el Instituto contaba con un promedio de 15 servicios diferentes en cada una de las clínicas mixtas del Distrito Federal.

En 1968, el Instituto agrupaba 1'096,315 trabajadores y familiares integrados de la siguiente manera: 332,982 trabajadores asegurados; 714,920 familiares; 26,169 extrabajadores pensionados, y 22,244 familiares de pensionados.

En 1970, la población derechohabiente del Instituto era de 1'347,470; para 1974 llegaba ya a los 2'905,486, y en 1976 alcanzaba los 3'782,424. Esto es, entre 1970 y 1976 la población asegurada creció a una tasa anual del 18.7 por ciento, lo que obligó al ISSSTE a elevar el número de unidades médicas.

Por otra parte y en el marco de la reforma administrativa llevada a cabo por el gobierno federal en los años 70 a fin de enfrentar los nuevos requerimientos, la Subdirección Médica del Instituto realizó una modificación substancial en su organización y en su funcionamiento.

Así, las etapas integrales de atención a la salud del área médica se vertebraron en las siguientes actividades: promocionales para mejorar la salud y prevenir las enfermedades; curativas; rehabilitadoras; de educación al derechohabiente para el uso de los servicios de salud, y de formación de los recursos humanos, profesionales, técnicos, administrativos, manuales y de investigación, tendientes a perfeccionar la atención médica y la administración de las unidades.

Se procedió, asimismo, a la regionalización de los servicios médicos del Instituto, para lo cual se dividió al país en 7 zonas y un área metropolitana formada por el Distrito Federal.

Cabe destacar también como acción importante durante el periodo, la instalación de la Clínica de Detección y Diagnóstico Automatizado (CLIDDA), que permitió la realización de exámenes sistemáticos de salud en corto plazo a gran número de personas, así como la detección oportuna de enfermedades con lo que se facilitó su control.

En 1970, el Instituto contaba con 29 hospitales; para 1976 eran 41, lo que equivale a un incremento del 41 por ciento, en el sexenio y del 6.8 por ciento promedio anual, sin contar con los 8 hospitales que se encontraban en construcción a fines del último año; en el año de 1971 existían 2,066 camas censabies en la institución; para 1976 este número era de 5,830, lo que equivale a un aumento del 182.2 por ciento y del 30.3 por ciento promedio anual; en el año de 1970 se disponía de 138 clínicas; en 1976 de 148; en 1970 estaban en servicio 473 consultorios médicos auxiliares y puestos periféricos; en 1976 se disponía de 715, es decir, un incremento de 51 por ciento, equivalente al 8.5 por ciento promedio anual.

En el año de 1970 prestaban sus servicios en el área médica 12,778 trabajadores, de los cuales 3,275 (25.6 por ciento) eran médicos; 3,396 (26.6 por ciento) enfermeras; 978 (7.7 por ciento) técnicos; 2,302 (18.0 por ciento) administrativos y 2,827 (22.2 por ciento) manuales; para 1976 los recursos del área médica se habían incrementado en 120 por ciento, es decir, un 20 por ciento promedio anual.

En el periodo de 1977 a 1982 la población derechohabiente del Instituto pasó de 4'256,774 a 6'170,089, es decir, registró un incremento porcentual del 44.5 por ciento. Por su parte, los recursos físicos y humanos crecieron más lentamente que en el periodo 1970:1976 y en una proporción menor que la población derechohabiente.

Mientras que en 1977, en el área médica del Instituto laboraban 27,151 trabajadores, en 1982 lo hacían 36,311, lo que representa un incremento del 33 por ciento. En el mismo periodo los hospitales aumentaron de 41 a 59, es decir, experimentaron un crecimiento del 43.9 por ciento. Las camas censables, indicador más significativo que el anterior, pasaron de 4,451 a 5,477, lo que equivale a un aumento del 23.0 por ciento y las clínicas de 151 a 161, un 6.6 por ciento más que en el primer año.

A pesar del notable incremento de la infraestructura para la atención a la salud y de los recursos humanos empleados en ella, entre 1970 y 1982 la proporción de recursos por derechohabiente fue disminuyendo en forma gradual, debido al crecimiento más acelerado de la población amparada por el Instituto. En

1970, por ejemplo, había 2.4 médicos por cada 1,000 derechohabientes, en 1982 1.5; de igual forma, en el primer año existían 1.5 camas por 1,000 derechohabientes y para 1982 había sólo 0.8 camas.

A esta situación, grave porque señalaba una **tendencia al deterioro de los servicios, vinieron** a sumarse las restricciones derivadas de la crisis económica que empezaron a manifestarse desde 1980 y se agudizaron a partir de 1982.

El carácter dual del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, en tanto institución creada para dar cobertura a las demandas de seguridad social en general y de atención a la salud en especial, le ha impuesto, en los años de la actual gestión administrativa, esfuerzos adicionales a fin de mantener las conquistas de los servidores públicos, alcanzadas a través de un largo proceso histórico y enfrentar los retos del presente.

El Instituto atiende actualmente a 6 millones 800 mil derechohabientes, que representan el 8.5 por ciento de la población nacional. Por otra parte, por lo que se refiere a los servicios de salud, su población usuaria es de 4.6 millones de personas.

El crecimiento acelerado de la población derechohabiente y de la usuaria de los servicios médicos que, respectivamente, registran en 1986 un incremento del 24 por ciento y del 39 por ciento en relación a 1982, así como el aumento del número y diversidad de las prestaciones que por ley se deben otorgar, ha requerido de cambios cualitativos a fin de preparar al Instituto para hacer frente, al igual que otros organismos del gobierno federal, a situaciones de crisis como la que vivimos.

Con este fin, en 1983 se realizó un diagnóstico institucional que permitió detectar los principales problemas y proporcionó elementos para encauzar el nuevo rumbo institucional.

Desde una perspectiva general, dicho diagnóstico permitió detectar que el incremento en la demanda de los servicios no había logrado ser debidamente atendido a partir de los recursos y los sistemas administrativos de la institución. *

Asimismo, la inexistencia de adecuados sistemas de programación, presupuestación y evaluación del gasto impedían el sano desarro-110 financiero del Instituto, así como la recuperación de los créditos otorgados a sus derechohabientes.

Junto a los problemas de carácter administrativo y financiero, al inicio de la actual década las prestaciones, seguros y servicios en materia de seguridad social y salud, registraban un sensible deterioro. En lo referente a las prestaciones económicas, el gasto real por asegurado también disminuyó entre 1970 y 1982. Esta disminución comenzaba a afectar de manera diversa a las prestaciones económicas que otorga el Instituto. Así, por ejemplo, "la participación relativa de pensiones y jubilaciones con respecto del total del gasto en presta**ciones económicas, registraba una disminu**ción en el periodo referido del 37 al 21 por ciento. En este mismo periodo los préstamos hipotecarios aumentaron sólo del 6 al 12 por

* Informe **del director general ante la H. Junta Directiva,** octubre de 1983.
Misma fuente para todas las citas y datos referentes al diagnóstico de 1983.

ciento, mientras los préstamos a corto plazo pasaron del 56 al 67 por ciento".

Prestaciones estrechamente vinculadas al mejoramiento dc las condiciones de vida, como la atención a la salud, vivienda, la protección del poder adquisitivo de los trabajadores (a través de tiendas, farmacias y guarderías) y al mejoramiento de su nivel socio-cultural, se encontraban estancadas.

En lo referente en especial a la protección a la salud, el incremento de recursos médicos "de menos de 4 mil en 1970 a 10 mil en 1982", no se había visto acompañado de la suficiente ampliación de la infraestructura física del Instituto, ya que como ya se señaló, "el número de camas, quirófanos, gabinetes radiológicos, laboratorios y clínicas por derechohabiente, presentaban una mejor cobertura en 1970 que doce años después".

Adicionalmente, la falta de adecuados controles administrativos a nivel de centros hospitalarios y clínicas había aumentado en forma inconveniente los costos de la subrogación de servicios. en tanto que la ausencia de programas de mantenimiento correctivo y la inexistencia del mantenimiento preventivo provocaron el deterioro acelerado de la infraestructura hospitalaria existente en el lnsituto.

La formación de recursos humanos y la investigación científica y tecnológica reflejaban un escaso desarrollo. Asimismo, a diferencia de lo alcanzado por otras instituciones de seguridad social. los tres niveles de atención médica del Instituto no se encontraban claramente diferenciados, situación que propiciaba una cobertura insuficiente en el primer nivel de atención y una prestación descoordinada y precaria en el segundo y tercer niveles.

El exceso de centralización de los servicios médicos provocaba la saturación de las instalaciones ubicadas en el Distrito Federal con el consiguiente deterioro en la prestación de los servicios.

Asimismo, la inexistencia de un adecuado sistema escalafonario impedía el desarrollo de una verdadera carrera institucional dentro del área Inédica y propiciaba una menor retribución económica del personal en relación con otras instituciones del sector.

La reversión de estas tendencias ha requerido, como lo señaló el jefe del ejecutivo en su primer informe de gobierno, de "un profuJldo programa de reorganización administrativa y financiera del ISSSTE, con el propósito de darle solidez y mayor eficacia operativa en la **prestación de sus servicios".**

El esfuerzo de modernización realizado por la actual administración requirió de una transoformación integral de la base legal del Instítu-tooMediante cinco modificaciones a la ley que lo rige - cuatro de ellas a iniciativa del ejecutivo y una del propio Congreso de la Unión- ha sido posible conformar, en los cuatro años de la actual gestión presidencial, una moderna base jurídica para su operación.

A partir de estas modificaciones, el régimen de seguridad social del Instituto se ha organizado en tomo a dos vertientes principales: las ***prestaciones*** económíees y las *prestacíones* en *especie.* Las primeras se otorgan excíusivamente a los trabajadores asegurados y a los pensionados. y **agrupan:** las pensiones y jubilaciones, la seguridad e higiene en el trabajo, los créditos personales y los de financiamiento a la vivien-

• De la Madrid **Hurtado, Miguel.** ***Primer Informe de Gobierno.*** *1983.*

da. Las segundas benefician tanto al trabajador como a sus familiares y comprenden: la protección a la salud, al salario (sistema de tiendas), y las prestaciones sociales y culturales (estancias de bienestar infantil, talleres de jubilados y velatorios, entre otros servicios).

El agrupamiento de las prestaciones del Instituto en económicas y en especie ha permitido revertir la tendencia histórica, que tendía a dar mayor peso a las prestaciones económicas en detrimento de las prestaciones en especie, que son por naturaleza más universales e igualitarias e inciden de manera más directa en la elevación del nivel de vida de los trabajadores y sus familias y, dentro de las prestaciones económicas, incrementar los recursos destinados a pensiones.

Igualmente, ha sido incorporado el concepto de "solidaridad social", a fin de beneficiar a los asegurados de menores ingresos, principalmente en lo referente a prestaciones que, como las económicas, repercuten en forma más directa en el poder adquisitivo del salario.

Por otra parte, los cambios en el marco legal del Instituto han permitido determinar con mayor precisión la asignación porcentual de los recursos provenientes de las cuotas y aportaciones entre los diferentes seguros, prestaciones y servicios. Anteriormente, el monto de las cuotas y aportaciones (equivalentes al 25.75 por ciento del salario de los trabajadores) se distribuía de la siguiente forma: un 8 por ciento para atención a la salud; un 0.75 por ciento para seguridad e higiene en el trabajo; un 5 por ciento para el financiamiento de la vivienda, y el 12 por ciento restante para las demás prestaciones y servicios. De esta suerte, casi la mitad de los recursos recibidos por el Instituto por concepto de cuotas y aportaciones no estaba asignado a un fin preciso,

A partir de las reformas realizadas, la distribución de las cuotas y aportaciones quedó como sigue: 9.5 por ciento para atención a la salud, a fin de aumentar los recursos destinados a esta importante prestación; 0. 25 por ciento para seguridad e higiene en el trabajo, asignado fundamentalmente al pago de las pensiones que pudieran generarse por accidentes y enfermedades del trabajo; uno por ciento para protección al salario (sistema de tiendas); uno por ciento para créditos a corto plazo, lo que permite precisar el monto de los recursos que deberán destinarse cada año a esta prestación; un 5 por ciento (aproximadamente) para la constitución de reservas y pago de pensiones, según los cálculos actuariales que se realicen cada año; 6 por ciento para financiamiento de vivienda y el 3 por ciento restante (aproximadamente) para las demás prestaciones y servicios del Instituto.

A partir de estas reformas se establece por ley un tratamiento contable y financiero diferenciado para cada vertiente o grupo de prestaciones, que permite la creación de reservas actuariales para garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales y evitar que los recursos destinados a una prestación puedan ser aumentados en detrimento de otros, como venía sucediendo anteriormente con los créditos a corto plazo.

En cuanto a los servicios de salud, dichas reformas establecen el régimen voluntario de los seguros de enfermedad, maternidad y medicina preventiva para los trabajadores inactivos, mediante el pago de las cuotas correspon-

dientes, siempre y cuando hayan cotizado al Instituto cuando menos durante cinco años, entre otros aspectos.

El conjunto de estas acciones legislativas, junto con la descentralización y simplificación administrativas, han permitido que el Instituto cuente con un marco operativo debidamente actualizado, eficiente y racional, para cumplir sus objetivos sin poner en riesgo su equilibrio financiero actual y futuro.

Así, ha sido posible lograr importantes avances en las prestaciones que otorga el Instituto y en el equilibrio que debe mantenerse entre las mismas. Mediante la constitución de reservas adecuadas fue posible elevar la pensión mínima al nivel del salario mínimo general; se creó un sistema integral de crédito que comprende tanto los préstamos personales a corto plazo como los de mediano plazo (creados para la adquisición de bienes de consumo duradero) y los destinados a la adquisición de vivienda; se pusieron en práctica sistemas de cofinanciamiento que aumentaron notablemente el número de créditos otorgados por el Fondo de la Vivienda; se aumentó el número de tiendas para ampliar la cobertura de esta prestación que tiene por fin la protección del salario de los trabajadores, y se pusieron en marcha nuevos sistemas que han permitido elevar la cobertura de los servicios sociales y culturales.

Al lograr un mejor equilibrio entre los recursos destinados a cada prestación, fue posible destinar mayores recursos al área de atención a la salud. De los 18 años comprendidos entre 1965 y 1982, sólo en tres los recursos destinados al área médica dellSSSTE correspondieron al 8 por ciento de las cuotas y aportaciones establecidas en la ley, que equivale al 31 por ciento del presupuesto autorizado. La actual administración procuró, desde 1983, asignar a esta área un porcentaje superior a dicho 31 por ciento y, tanto en 1985 como en 1986, alcanzó el 37 por ciento del presupuesto autorizado.

Durante los tres primeros años de esta administración -en cumplimiento del Programa Inmediato de Recuperación Económica (PIRE)- el gasto de inversión se dedicó a terminar la casi totalidad de las obras inconclusas desde el sexenio anterior. Ello permitió atender en este lapso a un mayor número de pacientes en las entidades federativas, así como aliviar un tanto la sobrecarga del Hospital "20 de Noviembre", único de tercer nivel dentro del sistema médico del ISSSTE.

El esfuerzo de racionalización llevado a cabo en el periodo ha permitido que, a pesar de la crisis, se haya podido aumentar la cobertura real de los servicios médicos del ISSSTE. Pues si bien la cobertura formal aumentó estos cuatro años en un 24 por ciento, la pohlación realmente usuaria de los servicios se incrementó en un 39 por ciento.

Fue precisamente a la mitad de este esfuerzo que se sucedieron los sismos de 1985, que ocasionaron una reducción del 28 por ciento de la capacidad hospitalaria del Instituto. A la fecha ha sido posible rehabilitar y poner en funcionamiento, con servicios completos, las clínicas de medicina general "San Antonio Abad", "Guerrero", "juárez" y "5 de Febrero", así como las clínicas de especialidades dentales y de neuropsiquiatría. Se logró también una recuperación funcional del 50 por ciento en los servicios de los hospitales regio-

nales "lo. de Octubre" y "General Ignacio Zaragoza", así como de! Hospital de segundo nivel "Dr. Gonzalo Castañeda". La recuperación total de estas unidades, se estima, estará concluida para junio de este año. Por lo que se refiere a las unidades dañadas en otras entidades federativas, se encuentra ya en operación la Clínica-Hospital de Colima y están muy avanzados los trabajos para la puesta en marcha de la Clínica-Hospital de Iguala.

El Instituto no contaba con infraestructura propia para e! primer nivel de atención médica, servicio que en su mayor parte se subrogaba a instituciones privadas. En 1985 se puso en marcha un programa para construir 286 unidades propias para reforzar el primer nivel de atención, de las cuales a la fecha se encuentran terminadas 90.

En 1986 se homologaron los salarios de los trabajadores del ISSSTE con los del Instituto Mexicano del Seguro Social. Este esfuerzo tiene como importante contraparte la elevación de las jornadas de trabajo, que son ya de 6 horas como mínimo, así como el aumento de la productividad y un mejor servicio a los derechohabientes.

Una vez resueltos estos problemas urgentes, cuya solución permitió frenar la tendencia al estancamiento y deterioro de los servicios médicos, e! Instituto se dio a la tarea de diseñar y poner en marcha un programa de cambio estructural, con el propósito de establecer la regionalización por niveles indicada en e! Programa Nacional de Salud 1983·1988. Así, e! país se dividió en II regiones, cada una de las cuales deberá contar con un centro de tercer nivel, que le permita atender autónomamente la demanda de este tipo de especialidades en su respectiva área geográfica, así como contar con las unidades médicas del primero y segundo niveles que se requieran para prestar adecuadamente los servicios correspondientes.

A fin de aprovechar en forma más racional e intensiva los recursos existentes, se implantaron programas de cirugía ambulatoria, servicios vespertinos de consulta externa, cirugía programada, puerperio de corta duración, extensión hospitalaria a domicilio y disminución de transferencias de pacientes al Distrito Federal.

Mediante estas medidas ha sido posible aumentar la productividad de los servicios médicos e incrementar notablemente su cobertura. Así, por ejemplo, en 1986 se proporcionó un 30 por ciento más de consultas que en 1982; 26 por ciento más intervenciones quirúrgicas, y 14 por ciento más exámenes de laboratorio. Todo esto a pesar de la reducción de! presupuesto en términos reales derivada de la crisis y de los graves daños ocasionados por los sismos de 1985. Lo que demuestra que es posible hacer más con menos recursos, si se aprovecha de manera óptima la infraestructura acumulada a través de decenios y e! esfuerzo de todos los que han participado en el desarrollo de! Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de! Estado,

Sin embargo, no deben soslayarse los problemas que aún existen en el área de atención a la salud en el Instituto. De las II regiones en que se ha dividido e! país para su atención, las cuatro del área central reportan un avance del 60 al 70 por ciento en la integración de sus tres niveles de atención; las regiones que tienen como cabecera las ciudades de Mérida, Guadalajara y Monterrey han avanzado un 50 por

ciento y el resto se estima que ha alcanzado de un 40 a un 50 por ciento de avance. Esto significa, desde luego, que todavía resta un importante esfuerzo por realizar para lograr los objetivos que el Instituto se ha propuesto en este renglón.

Por otra parte, a pesar de los avances en la modernización administrativa y la descentra-Iización todavía se presentan problemas de desabastecimiento en algunas unidades médicaso De la misma forma, resulta necesario también proseguir e intensificar las tareas de capacitación del personal médico y paramédico, a fin de lograr mayores niveles de desempeño profesional y un trato cada vez más humanizado a los usuarios del servicio.

El Instituto está empeñado en estas tareas consciente de que la atención a la salud de los derechohabientes es una prestación fundamental para elevar su nivel de vida y de que es posible mejorar su desempeño y hacer un uso más racional de sus recursos para beneficio de sus derechohabientes,

El fomento industrial y la industria químico-farmacéutica

MAURICIO DE *MARIA* Y *CAMPOS*

La salud es una necesidad básica del hombre; se considera como valor primordial en todo el mundo. En México, el derecho a la salud se ha elevado a disposición constitucional.

El sector farmacéutico guarda una estrecha relación con la atención a la salud. De ahí su importancia social, considerándose corno un sector estratégico, además de su participación en el producto interno bruto y su capacidad para generar empleos.

La industria farmacéutica se inicia en la década de los treintas, en que se instalaron los primeros laboratorios farmacéuticos como filiales de empresas de países desarrollados o como extensiones de farmacias o boticas.

En sus inicios, la industria farmacéutica se caracterizó como una empresa formuladora y acondicionadora de medicamentos a partir de ingredientes importados.

En México se inició la producción de fármacos con la extracción de quinina y otros alcaloides vegetales; a partir de 1946 se logró la síntesis de hormonas esteroides, aprovechando la disposición del barbasco como recurso natural del país.

Aunque la fermentación de antibióticos se inició en la década de los sesentas, es propiamente a partir de 1970 cuando principia el desarrollo de productos farmoquímicos en México.

Con la creación del IMSS en 1946, la atención médica sufre un cambio sustancial que habrá de reorientar la producción de medicamentos en los años futuros, ya que el Estado se convertiría en el principal comprador de medicamentos.

Esta orientación estuvo dada principalmente por los cuadros básicos de medicamentos, emitidos por las distintas dependencias que conformaban el sector dedicado a la medicina social.

Al mismo tiempo que se instalaban en el

país empresas fabricantes de especialidades farmacéuticas, en paralelo se desarrollaba una serie de comerciantes denominados laboratorios de acondicionamiento, formando un núcleo muy numeroso hasta alcanzar la cifra de aproximadamente 800 empresas registradas ante la SSA.

Cabe aclarar que las disposiciones legales existentes permitían la instalación de estas empresas.

Los antecedentes que datan de 1975 permitieron identificar problemas tales como: irracional demanda de medicamentos, en donde el consumo de medicamentos no coincidía con la incidencia de enfermedades en la población; elevado grado de dependencia del exterior, el sector farmoquímico sólo abastecía el 30 por ciento de los requerimientos de principios activos del país con una integración nacional del 35 por ciento; en cuanto a tecnología no se realizaban inversiones en investigación y desarrollo o bien éstas eran incipientes; y una balanza comercial negativa, la industria' farmacéutica presentaba una situación altamente deficitaria en comercio exterior.

Como resultado de la preocupación de la administración pública para desarrollar esta rama en congruencia con los objetivos nacionales, desde 1978 se inició por parte del gobierno federal, una política de fomento y regulación de la industria farmacéutica, que permitió estructurar las bases para el crecimiento racional del sector.

No obstante estos esfuerzos, a principios de 1982 los efectos de la crisis económica del país provocaron una grave situación en la operación de las empresas del sector, debido principalmente: al bajo nivel de abastecimiento en farmoquímicos, a la reducida participación de la industria nacional en el mercado farmacéutico, al desarrollo tecnológico incipiente y al excesivo número de empresas con reducida participación en el mercado de medicamentos.

Por lo tanto, se hizo necesario lograr una mayor racionalización en la oferta y consumo de medicamentos y sobre todo fortalecer y apoyar el desarrollo de empresas nacionales.

Como parte del Plan Nacional de Desarrollo y con el fin de encaminar hacia una meta común los esfuerzos de las empresas del sector en materia industrial, el gobierno de la República puso en operación el Programa Integral de Desarrollo de la Industria Farmacéutica 1984-1988, además del Decreto para el fomento y regulación de la industria farmacéutica el 23 de febrero de 1984; en los que se contemplan como objetivos el contar con programas para fomentar o racionalizar subsectores específicos de la industria farmacéutica, fijar reglas de operación a que se sujetarán las solicitudes para la fijación o modificación de precios tanto de medicamentos como de materias primas, así como los procedimientos correspondientes para el análisis de dichas solicitudes; fijar requisitos mínimos de instalaciones y sistemas de producción, así como los relativos a la información que deben ostentar los envases de los medicamentos y las reglas para las decisiones relacionadas con la elaboración de materias primas farmoquímicas dentro de la industria farmacéutica.

Para poder cumplir con los objetivos anteriores, en el Diario Oficial de la Federación del 10 de mayo de 1984 se publicaron las reglas de operación referentes a las compras

consolidadas de medicamentos y a la fijación de precios de los mismos, y en el Diario Oficial de la Federación del 2 de abril de 1985 se publicaron las reglas de aplicación del Decreto para el fomento y regulación de la industria farmacéutica.

Como marco de referencia para la selección de medicamentos esenciales, en junio de 1983 por acuerdo presidencial se instituyó el cuadro básico de insumos del sector salud publicado en el Diario Oficial de la Federación del 11 de enero de 1984.

Se utilizó como instrumento de fomento el poder de compra del Estado, para promover y orientar el desarrollo de la industria farmacéutica mediante el establecimiento de un sistema de calificación de proveedores, que permite asegurar el cumplimiento y la puntualidad en el surtimiento de pedidos, además de incrementar la participación de empresas nacionales.

En el concurso consolidado de medicamentos correspondiente a la demanda de 1987, el sector salud adquirió medicamentos por un valor de 163,679 millones, de los cuales el 72.8 por ciento correspondió a laboratorios nacionales.

En la fabricación de materias primas se logró concertar 72 autorizaciones técnicas, que han propiciado la fabricación de 42 productos nuevos, además de propiciar la competencia en 21 productos ya existentes.

En cuanto a financiamiento, se procuró que las empresas tuvieran un adecuado balance entre el pasivo y su capital, tomando en cuenta las características propias de las ramas farmacéutica y farmoquímica. Para las empresas farmacéuticas la política de financiamiento está orientada fundamentalmente a cubrir los requerimientos de capital de trabajo en sus ventas al sector público. En las empresas farmoquímicas, la política de financiamiento está orientada para apoyar los proyectos definidos como prioritarios mediante la utilización de créditos preferenciales.

En lo que respecta a la descentralización industrial, en el caso de las empresas farmacéuticas se ha buscado la descentralización hacia los parques industriales de la zona 1II-B y hacia otras ciudades. En el caso de empresas farmoquímicas, las nuevas inversiones se han orientado fuera de la zona 111, principalmente hacia las ciudades de desarrollo medio del país; para ello se utilizan los esquemas generales de estímulos fiscales, así como de los fideicomisos de fomento industrial.

El desarrollo tecnológico está orientado hacia la investigación básica, el desarrollo y adaptación de tecnologías para la producción de farmoquímicos prioritarios y al acopio y difusión de información sobre los nuevos desarrollos tecnológicos a nivel mundial; para lograr lo anterior, las empresas que solicitaron la autorización técnica para elaborar materias primas farmacéuticas, se comprometieron a invertir el 4 por ciento de las ventas de la materia prima en cuestión.

En materia de inversión extranjera, ésta se ha orientado a la complementariedad de la **misma con la inversión mexicana, con objeto** de no desplazar fabricaciones de empresas con capital mayoritario mexicano.

La industria farmacéutica en México está integrada principalmente por dos grandes ramas; la primera corresponde a la formulación y acondicionamiento de medicamentos

en que participan 340 empresas, con una tecnología farmacéutica propia y en la mayoría de los casos altamente competitiva a nivel mundial; la segunda constituida por 82 empresas fabricantes de principios activos farmacéuticos denominados farmoquímicos y que utilizan procesos químicos de síntesis, **fermentación, extracción, etcétera.**

La industria farmacéutica en la actualidad abastece el 99_8 por ciento del consumo interno de medicamentos. La situación en cuanto a la concentración del mercado se refiere, ha permanecido estable durante los últimos 3 años, siendo las 50 empresas más importantes las que tienen el 80 por ciento de la venta del mercado total.

La participación extranjera en las ventas representa cerca del 65 por ciento del mercado total. Aunque la participación de las empresas nacionales ha aumentado, únicamente 12 empresas mexicanas figuran entre las 50 más importantes.

En cuanto al grado de autoabastecimiento en farmoquímicos se alcanzó el 56 por ciento; implementándose la fabricación de 38 nuevas materias primas, se espera el inicio de otros nuevos proyectos.

Asimismo, se logró un grado de integración nacional de aproximadamente 62 por ciento, debido principalmente a la producción de nuevos antibióticos; no obstante lo anterior, la balanza de divisas permaneció deficitaria.

Se logró la homologación de algunas presentaciones comerciales a las establecidas en el cuadro básico de medicamentos del sector salud.

En material de curación se alcanzó una participación de 95 por ciento de productos de fabricación nacional en las compras consolidadas del sector salud. En algunos productos de este ramo se logró incrementar el grado de integración nacional de un 20 a un 67 por ciento.

Se logró un mayor conocimiento de este sector, al contar con la información proporcionada por las empresas en la solicitud de registro en el padrón industrial.

Se apoyó a las empresas productoras de reactivos de diagnóstico por medio de como' pras consolidadas del sector salud.

E! sector farmacéutico es uno de los más dinámicos en las condiciones de la economía, que a pesar de la crisis ha mantenido un ritmo de funcionamiento normal, proporcionando medicamentos a bajo costo y en condiciones 'de calidad y cantidad adecuadas, cumpliendo con el objetivo de protección a la salud.

En farmoquímicos es necesario continuar con una política de protección en lo que se refiere a comercio exterior, que permita el desarrollo y consolidación de las nuevas fabricaciones promovidas a través del Programa Integral de Desarrollo de la Industria Farmacéutica como excepción. Las condiciones oligopólicas de este mercado a nivel mundial, ponen en peligro el funcionamiento de las empresas fabricantes establecidas en el país. E! cierre de algunas de estas empresas implicaría el tener que comprar el principio activo, indispensable en todos los casos, al proveedor mundial en el extranjero a las condiciones que éste fije, muchas veces a precios muy superiores a los existentes en el mercado nacional.

Las proyecciones de demanda de medicamentos permiten prever, en términos generales, que la capacidad instalada de la industria

farmacéutica en el país es suficiente para satisfacer los requerimientos de los próximos años en la mayoría de las formas farmacéuticas, sin contar con la modernización y posibles ampliaciones que pudieran surgir. Cabe señalar que algunas empresas de este sector se encuentran funcionando a la mitad o menos de su capacidad como medida de supervivencia, debido a la incosteabilidad de la producción de medicamentos, provocada por el alza continua de los costos de los insumos y por el bajo precio reconocido para los productos terminados. Por lo anterior, es necesario adecuar el registro de precios para que éste actúe como un mecanismo de vigilancia y no como un sistema represivo de control.

Se deberá buscar como elemento complementario para solución adyacente, el incrementar la productividad de medicamentos encaminada a la exportación sin desabastecer el mercado nacional.

En el sector farmoquímico se tienen proyectos de fabricación que iniciarán en los próximos años; concretamente, en 1986 iniciaron 14 nuevos proyectos y para 1987 iniciarán siete más. De estas fabricaciones trece pertenecen a los proyectos prioritarios señalados en el programa integral de desarrollo, lo que permitirá alcanzar la fabricación del 59 por ciento de las materias primas propuestas como prioritarias. Asimismo, se estima llegar a un grado de autoabastecimiento del 65 por ciento en 1988, con un grado de integración nacional sobre costo directo de producción en las materias primas, fabricadas en cerca de 70 por ciento para el mismo año,

Se deberá buscar un mecanismo ágil y oportuno para el sistema de fijación de precios, que permita a las empresas mantener su liquidez, tomando en cuenta factores primordiales como son el costo financiero, la inflación y el deslizamiento monetario, principalmente.

En comercialización se fomentará internamente la creación de un sistema de distribución de la canasta básica de medicamentos a precios preferenciales, que permita hacer efectivo el derecho de protección a la salud, racionalizando la producción nacional de medicamentos a fin de que existan sólo los requeridos para satisfacer las necesidades de la población.

Para poder continuar fomentando nuevas fabricaciones que representen mercados atraetivos para el industrial y permitan la sustitu**ción de importaciones, será necesario mante**ner y asegurar los mecanismos de protección a los empresarios interesados, permitiendo el desarrollo de los proyectos en sus primeros años de operación. En este contexto, se deberá tomar en cuenta la Ley de Patentes y Marcas con todas sus implicaciones.

Dentro de las estrategias previstas para 1987 encontramos como principales las siguientes:

Activar la participación interinstitucional para recomendar rangos de precios de materias primas de importación, para la fijación de precios de principios activos y medicamentos.

Promover nuevas fabricaciones de materias primas no contempladas en el de**creto, con carácter prioritario.**

Contribuir con la política actual, principalmente en lo que se refiere al ahorro de divisas, mediante las autorizacio-

nes técnicas para lograr que la empresa a que se le otorgue cuente con una balanza de divisas equilibrada.

Fomentar la eficiencia de las empresas para lograr competitividad internacional y tener una base firme para mercados de exportación.

Conocer y analizar las estadísticas del sector, con base en los datos captados a través del registro en el padrón industrial de esta rama.

Continuar la depuración del registro en el padrón, con el objeto de lograr la descentralización industrial, la fusión de empresas pequeñas y el fortalecimiento de las empresas sanas.

Fortalecer mecanismos de consolidación de compra del sector salud sobre bases claras y confiables, para asegurar el abasto de medicamentos, fomentar el crecimiento de la planta industrial y cubrir la demanda de claves desiertas.

Propiciar el establecimiento de un mecanismo de fijación de precios ágil y oportuno.

Apoyar la implementación del programa de genéricos con marca en coordinación con las dependencias involucradas.

Dar a conocer con exactitud y claridad los lineamientos existentes aplicables a esta rama.

Orientar a las empresas en los mecanismos existentes para obtener estímulos fiscales sobre inversión y empleo.

La formación de recursos humanos para la salud

CUAUHTEMOC VALDES OLMEDO
y *RICARDO FERRARI GLEASON*

I. CAMBIO ESTRUCTURAL DE LA SALUD

En los últimos cinco años, México lleva a cabo una profunda reforma en su sistema de salud connotada, en su aspecto más amplio, en el llamado *cambio estructurol de la salad*. Este se concibe como la adecuación de funciones de los diferentes elementos que constituyen el Sistema Nacional de Salud, para deslindar responsabilidades y estar así en posibilidad de promover el bienestar integral del individuo y de la comunidad.

El cambio estructural de la salud se ubica en dos niveles:

El *nivel macro,* que se refiere a la definición del marco social, económico, político, legal y cultural en que se da la prestación de servicios de salud. Aquí se incluyen las grandes concepciones sobre el papel del Estado en la atención a la salud, el sitio que le corresponde a la salud en el desarrollo socioeconómico, la contribución del sistema de salud a la equidad y justicia social, y la participación relativa de distintos sectores sociales y niveles de gobierno.

El nivel macro del cambio estructural se ha dado a través de cinco estrategias para consolidar el Sistema Nacional de Salud: sectorización, descentralización, modernización administrativa, coordinación interseetorial y participación de la comunidad.

El *nivel micro* del cambio estructural se refiere a la organización específica de recursos para la prestación de servicios; no involucra al sistema de salud en su conjunto, sino que se da primordialmente al interior de cada establecimiento encargado de la producción de servicios de salud; esto es, en los escenarios mismos donde población y sistema de salud entran en contacto.

El cambio a nivel micro involucra aspectos

críticos como la formación, reclutamiento, motivación y supervisión de los recursos humanos para la salud; el desarrollo de tecnologías adecuadas a los patrones epidemiológicos predominantes; la introducción de sistemas ágiles de información; el desarrollo de estructuras concretas para garantizar la calidad de la atención; la implantación y otros insumos para la atención a la salud; la creación de órganos efectivos de gestión y participación de la comunidad; el diseño y aplicación de mecanismos de financiamiento que atiendan no sólo la generación de mayores **recursos económicos, sino, primordialmente,** la redistribución de servicios con un sentido de equidad y, finalmente, la investigación de fórmulas alternas de organización para identificar la configuración de recursos y servicios que mejores resultados produzca en beneficio de la población.

Así, los recursos humanos constituyen un elemento fundamental del cambio estructural de la salud, toda vez que se puedan tener funciones y estructuras idóneas, pero si éstos no cuentan con los recursos humanos adecuados no podrán generar los resultados que se esperan de ellos.

En este contexto, el sector salud ha actuado en dos grandes direcciones en relación a los recursos humanos: 1) Mejorar la formación de los recursos humanos para la salud con el consenso de las instituciones educativas y en función de las necesidades del Sistema Nacional de Salud, y 2) Adecuar los recursos existentes a los nuevos requerimientos del Sistema Nacional de Salud.

En lo primero ha sido fundamental el desarrollo y operación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud; en lo segundo lo ha sido el proceso de homologación salarial y funcional.

2. FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

En México es impostergable superar el problema que se connota como el *desequilibrio de la fuerza de trabajo para la salud;* desequilibrio en cuanto al número de profesionales y de otros trabajadores de la salud, a sus perfiles profesionales y al tipo de personal que se requiere y al que es posible emplear con los recursos financieros disponibles.

El problema del desequilibrio de los recuro sos humanos en México se ha dado por diversos factores:

a. Crecimiento acelerado de la demanda educativa y en consecuencia de la población escolar, principalmente de medicina y odontología. El número de estudiantes de medicina pasó de cerca de 30 mil en 1973 a poco más de 90 mil en 1980. A partir de entonces se observa una baja en la demanda y en la población escolar, debida a la aplicación de medidas para limitar el ingreso y para mejorar el rendimiento académico.
b. Aumento acelerado del número de escuelas de medicina, de enfermería y de odontología, principalmente. Por ejemplo, a principios de siglo había nueve escuelas de medicina en todo el país, para 1950 el número se había duplicado y entre 1971 y 1975 se crearon 19 más; hoy existen 59 escuelas.

c. Deterioro del proceso educativo, que se manifiesta en alta retención, en baja eficiencia terminal, inadecuación de planes y programas de estudio. Como ya se refirió, desde la década de 1970 se vienen impulsando programas y acciones de superación académica para salvar esta situación.

d. Falta de correspondencia entre demanda y oferta de trabajo, lo que ocasiona subempleo y desempleo profesiona!.
Puede decirse que si en 1971 prácticamente todo egresado tenía una plaza, en 1984 de cuatro que egresaban sólo había plaza para uno de ellos. Adicionalmente, hay insuficiencias para generar empleo médico tanto en el sector público como en el privado.

e. Predomina una tendencia a la especialización y se manifiestan presiones sobre los estudios de posgrado en medicina.
Entre 1980 y 1986 hubo un promedio de 11,200 aspirantes por año a este nivel de estudios, de los cuales se aceptaron, también en promedio, 2,800 cada año.

f. Desequilibrio entre las proporciones de profesionales de salud. La relación de médicos a enfermeras es inversa a la que debe ser.

g. La formación de los recursos humanos tiene una distribución no coincidente con la demanda; ciertas regiones y estados tienen una formación excedente de algunas eatcgorías de personal y escasez de personal dc nivel técnico. Otros no forman el personal suficiente.

En México se ha superado la época de los reproches mutuos entre las instituciones de salud y las educativas; por el cual, las primeras reclamaban quc estas últimas no formaban ni la cantidad ni el lipa de personal que requería el Sistema Nacional de Salud y, a su vez. las instituciones educativas replicaban que las de salud no conocían sus necesidades.

La conciliación de la capacidad formativa de los recursos humanos para la salud con los requerimientos numéricos y cualitativos del Sistema Nacional dc Salud, ha sido un problema que carecía de una instancia formal de solución y cuyas respuestas se han dado mediante la creación de la Comisión lnterinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, con el propósito de identificar áreas de coordinación entre las instituciones educativas y de salud en el proceso de formación de recursos humanos; propiciar la orientación en la formación dc los recursos humanos conforme al desarrollo del Sistema Nacional de Salud, y promovcr la adecuada distribución de los recursos humanos en formación.

La comisión es copresidida por los secretarios de Salud y de Educación Pública y se integra con representantes de la Secretaría dc Salud, de la Secretaría de Educación PÚblica y de la Secretaría de Programación y Prcsupuesto, de las instituciones del sector salud, de nueve universidades con representación regional,[1] el secretario ejecutivo de la

[1] Estas instituciones son: el Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad de Uuadalejara, la Universidad de Sonora, la Universidad de Yucatán, la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Universidad Autónoma de Puebla, la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y la Universidad Veracrusana.

Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, de la Academia Nacional de Medicina, de la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud y del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica.

La comisión cuenta con tres comités: de pregrado y servicio social; de posgrado y educación continua, y de programación de recursos humanos.

Entre los logros alcanzados por esta comisión están: la expedición de un reglamento para la instrumentación del servicio social de las carreras del área de la salud; la emisión de normas básicas para la enseñanza de la enfermería y para el internado de medicina; la definición de criterios generales para la elaboración de los planes de estudio de las especialidades médicas, para la admisión de estudiantes a la carreras de la salud y para la acreditación al personal de salud de las actividades de enseñanza continua y de capacitación; la definición de requisitos para la apertura de escuelas en el área de la salud y, por último, la instrumentación anual del examen para la selección de aspirantes a las residencias para la especialización.

Algunos resultados obtenidos son los siguientes: se desconcentró hacia los estados la operación del servicio social, del internado de pregrado y de las residencias para especia. lización y se consolidó la función normativa de la SSA; se redujo del 23 al 4 el porcentaje de pasantes a los que se les permite realizar el servicio social en el medio urbano; desde 1985 funciona un amplio programa de superación profesional y técnica, a fin de elevar la calidad de servicios y la productividad; se estableció en 1986 la residencia en atención primaria a la salud; en enero del presente afio se creó el Instituto Nacional de Salud Pública, mediante el cual se unifican en una sola institución la Escuela de Salud Pública de México, el Centro de Investigaciones en Salud Pública y el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas. En particular el Instituto ofrece un medio idóneo para culminar la modernización de esta escuela, lo cual permitirá contar en México con un sitio de alto nivel para formar a las nuevas generaciones de directivos, maestros e investigadores desde una perspectíva propiamente biomédica, de identificación de necesidades de salud y de mejoramiento de los sistemas de servicios de salud; finalmente, se vienen conformando grupos estatales para la programación de recursos humanos en cada uno de los estados de la República.

3. HOMOLOGACION SALARIAL y FUNCIONAL

Desde los primeros años de la presente administración se puso de manifiesto que, a pesar de la afinidad operativa y funcional de las instituciones que integran el sector salud, éstas contaban con sistemas heterogéneos de remuneraciones a sus trabajadores, lo cual repercutía en importantes diferencias en la política salarial de cada una de ellas. De una parte, el IMSS se rige por el apartado A del artículo 123, por lo que las prestaciones económicas y sus condicioneslahorales se establecen a través de un contrato colectivo de trabajo y disposiciones complementarias al mismo. De otra, el resto de las instituciones del sector se rigen por el apartado B, por lo que las prestaciones

económicas y sus condiciones laborales se determinan dentro del marco de la política salarial del gobierno federal.

Fue así que se hizo necesario aplicar políticas salariales similares entre los trabajadores de la salud y terminar con la divergencia que existía entre los sueldos que cada una de las instituciones pagaba a sus empleados, así como tender a uniformar la calidad en los servicios de salud a la población; esto es, homologar no sólo salarialmente, sino también funcionalmente al personal de salud.

La *homologación salarial* implica la nivelación del monto mensual de las percepciones para el personal con funciones similares en cada una de las instituciones del sector. Como complemento a la homologación salarial, la *homologación funcional* contempla la igualdad de requisitos de ingreso, ocupación o promoción de puestos, uniformidad en las jornadas de trabajo; equivalencia en controles de asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo, así como el establecimiento de indicadores uniformes de productividad para cada puesto.

Así, el secretario de Salud sometió, en 1985, a acuerdo del presidente de la República el Proyecto de Homologación Salarial y Funcional, a fin de establecer el equilibrio funcional en la prestación de los servicios de salud a la población e implantar el servicio civil de carrera en las ramas médica, paramédica y afines.

Como corolario a esta iniciativa, el Gabinete de Salud decidió integrar un comité ejecutivo del proceso de homologación, formado por un representante de la Secretaría de Programación y Presupuesto, los oficiales mayores de las instituciones involucradas y, como secretario técnico, el director general de Administración de Personal de la Secretaría de Salud. Como resultado de sus trabajos se concertó, en junio de 1985, un convenio que ordenó y calendarizó las acciones a desarrollar durante el proceso de homologación.

El primer paso para lograr el acercamiento salarial con el IMSS se dio por los aumentos otorgados a los llamados nueve puestos críticos en abril y agosto de 1984; un segundo paso ocurrió en agosto de 1984, en el que se otorgó un nuevo incremento salarial a personal de la rama médica, paramédica y afines, a los llamados 23 puestos prioritarios tanto de la SSA como de los institutos nacionales de salud.

El convenio de homologación estableció lo siguiente:

1. Otorgar, a partir de julio de 1985, un incremento equivalente de 12 por ciento de los sueldos originales en promedio; con esto se redujeron las diferencias existentes en esa fecha contra los sueldos del IMSS en 40 por ciento.
2. Aplicar un incremento, con vigencia a enero de 1986, por el cual se redujeron las diferencias salariales existentes a esa fecha en un 50 por ciento, a partir del 1o. de mayo del mismo año dar otro aumento por el que se redujo en otro 30 por ciento las diferencias salariales y, finalmente, otorgar un tercer incremento el 1o. de octubre de 1986, con lo que se logró la homologación total de salarios otorgando el 20 por ciento restante en ese año.

3. Llevar a cabo la homologación salarial en forma proporcional al número de horas de la jornada diaria, tomando como base el que los sueldos del 1MSS son equivalentes a ocho horas de trabajo diarias.
4. Integrar un catálogo de puestos único y operable para todas las entidades del sector, a fin de determinar los sueldos tabulares correspondientes a cada puesto. Este quedó integrado por 144 puestos. El nuevo catálogo se estructuró en función del modelo de atención a la salud, con objeto de establecer una congruencia entre las estructuras orgánicas, las plantillas tipo y los puestos, ámbitos de responsabilidad, tramos de control, requisitos de escolaridad y experiencia, funciones e indicadores de productividad.
5. Homologar al personal médico y paramédico que desarrolla sus actividades en áreas no necesariamente clínicas y que se relacionan con la atención a la salud.
6. Establecer un mecanismo para mantener actualizados los tabuladores de sueldos, en virtud de las diferentes fechas en que se aplican los incrementos salariales en las entidades del sector salud, derivadas de las condiciones jurídico-laborales en las mismas.

En su conjunto, el proceso de homologación salarial ha beneficiado a 77,138 trabajadores del sector salud, con un costo total de 28,659.5 millones de pesos, de acuerdo a lo siguiente:

	Plazas	Monto (millones de pesos)
SSA	51734	18879.8
ISSSTE	16412	6859.7
DDF	7067	2788.0
DIF	1925	132.0
	77138	28659.5

4. CAPACITACION

La homologación funcional se estructuró en dos etapas; la primera de ellas tendiente a lograr esquemas de operación de la administrac!ón de recursos humanos similares a las de las instituciones del sector que rigen sus relaciones laborales por el apartado B del artículo 123 constitucional; y la segunda tendiente a mejorar en forma directa la eficiencia en la prestación de servicios, ampliando la capacidad de trabajo de los servidores públicos, promoviendo a su vez su desarrollo profesional y técnico, así como estableciendo parámetros de productividad que permitan evaluar con precisión la eficiencia de las unidades de servicio y de los trabajadores que las integran. Para lograr que la homologación salarial y funcional repercuta positivamente en un incremento en la eficiencia en los servicios de salud, la superación profesional y técnica adquiere importancia relevante.

Así, por acuerdo del secretario de Salud, en abril de 1987 se estableció el Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud.

Con esto se avanza en la homologación funcional del sector, toda vez que las dependen-

cias e instituciones ubicadas en el apartado B del artículo 123 del sector salud unen sus capacidades, experiencias y recursos para sustentar los programas de capacitación bajo normas, criterios y procedimientos homogéneos.

En efecto, el Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud tiene por objeto uniformar políticas y criterios, y lograr los apoyos interinstitucionales entre las dependencias y entidades del sector salud regidas por el apartado B del artículo 123 constitucional, para el diseño, emisión y aplicación de las normas, metodologías y procedimientos necesarios y acordes COn las que en la materia dicte el gobierno federal, así como programar, concertar y evaluar la ejecución de las acciones que en materia de capacitación y desarrollo lleven a cabo las unidades administrativas y establecimientos de las dependencias y entidades que integren el propio sistema, para incrementar la eficacia, eficiencia y productividad de los servicios y funciones de salud.

El sistema de capacitación está integrado por la Secretaría de Salud, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; los Institutos nacionales de salud y los Comités nacionales mixtos de capacitación de las dependencias y entidades integrantes del sistema; incluye también, por invitación, un representante de la Secretaría de Programación y Presupuesto, de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y del Departamento del Distrito Federal, a través de su Instituto de Servicios de Salud.

Se pretende Con el sistema de capacitación y desarrollo:

Diseñar, aprobar e implantar las normas, políticas y criterios uniformes para el sector en materia de capacitación y desarrollo de personal.

Verificar que sean atendidas las orientaciones que en materia de capacitación y desarrollo se deriven de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud; de la Comisión Intersectorial del Servicio Civil Y de los Comités nacionales mixtos de capacitación de las dependencias y entidades que integran el sistema.

Promover la coordinación y los apoyos recíprocos de las dependencias y entidades del sistema en las acciones y eventos de capacitación, desarrollo y adiestramiento del personal del sector, tendiendo a un mejor aprovechamiento de los recursos destinados a tales efectos.

Evaluar las acciones de capacitación y desarrollo que se emprendan en el marco del sistema, así como recomendar las acciones necesarias para su mejor desempeño.

En congruencia con el sistema, el secretario de Salud expidió un acuerdo de fecha 13 de mayo de 1987, por el que se establece el Centro de Capacitación y Desarrollo de la SSA.

La formalización del centro mediante este acuerdo, permite vigorizar e integrar los esfuerzos de capacitación que realiza la dependencia, toda vez que se contempla tanto lo

relativo a la rama administrativa como la sustantiva. Además, hace recaer en esta unidad la responsabilidad de aplicar los lineamientos y criterios que emanen del sistema de capacitación y desarrollo, así como la certificación institucional de la capacitación.

Adicionalmente a las medidas anteriores, en marzo del presente afio se reactivó el Comité Nacional Mixto de Capacitación de la SSA, tal como lo establecen las condiciones generales de trabajo de la dependencia.

Finalmente, en el conjunto de apoyos que organiza la Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa, se participa en el diseflo de sistemas de capacitación y desarrollo para los servicios estatales de salud.

5. CONCLUSIONES

La formación de los recursos humanos en las cantidades, perfiles y tipos que reqniere el Sistema Nacional de Salud y el desarrollo de los recursos humanos en servicio no puede limitarse a un mero ejercicio cuantitativo. Los recursos humanos son influidos por un amplio conjunto de factores y circunstancias culturales, sociales, económicas y políticas que desbordan al terreno de la salud y son la resultante de la manera como funciona un sistema de salud; pero, a su vez, deben ser factor para el cambio estructural de la salud.

Son varios los requerimientos para ordenar y orientar la formación y el desarrollo de los recursos humanos para la salud: 1) Tener una perspectiva clara respecto a cómo va a ser el sistema de salud a largo y a mediano plazos en distintos futuros posibles (escenarios) nacionales, estatales y municipales; 2) Conjugar las instancias políticas y técnicas para orientar y concertar las acciones, tales como: la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y el proceso de homologación salarial y funcional, y 3) Propiciar la infraestructura y los elementos coadyuvantes idóneos para el desempeflo del ejercicio profesional.

Toda esta actividad tiene un solo fin: consolidar el cambio estructural de la salud que el gobierno mexicano se ha planteado para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.

La enseñanza en México de la admínístración de servicios de salud

MARTHA PALENCIA,
ENRIQUE RUELAS
y *GUADALUPE* AL *VEAR.*

INTRODUCCION

Resulta interesante observar el escaso contenido curricular que sobre servicios de salud se incluye en los planes de estudio de las licenciaturas y maestrías en administración pública en México_ Ello, a pesar de que los servicios de salud en este país y durante las últimas décadas se han convertido en uno de los aspectos que caracterizan, entre otros, la función del Estado.

Esta situación podría deberse a varíos factores. Uno de ellos es, sin duda, el hecho de que la administración de servicios de salud es un campo de conocimiento relativamente reciente si se considera que el primer programa educativo se inició en 1961. Por otra parte, éste ha sido un campo en el que, por la naturaleza misma del objeto de estudio y por razón de la evolución histórica del control profesional sobre el campo de la atención a la salud, se considera prioritariamente dirigido a y conducido por profesionales de la salud, predominantemente médicos y enfermeras, aun cuando en realidad la pluralidad del campo de conocimiento requiere de profesionales de diferentes áreas tales como la propia administración pública, economía, sociología, etcétera. Baste considerar las implicaciones económicas, sociales e incluso políticas de situaciones muy complejas tales como el SIDA, la transición epidemiológica que representa la actual coexistencia de padecimientos del "subdesarrollo" (infecciones, desnutrición, etcétera) con aquellos propios del "desarrollo" (enfermedades crónico-degenerativas, violencia, etcétera) y, obviamente, la necesidad de incrementar la eficiencia en **época de crisis económica, pero, al mismo** tiempo, preservar e incluso incrementar la calidad de la atención proporcionada. Además, como se mencionará más adelante, dada la

corta tradición académica existe una escasez de personal docente y, más aún, de investigación en este campo, que permita respaldar en este momento los esfuerzos educativos en administración de servicios de salud que se requieren para satisfacer plenamente las necesidades del sector salud.

El objetivo de este trabajo es presentar un análisis realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (lNSP), que refleja la situación actual de la educación en administración de servicios de salud en el país. Este artículo expone parte de la investigación realizada para fundamentar el establecimiento de un programa innovador de la Escuela de Salud Pública de México, del Instituto Nacional de Salud Pública, dirigido a reforzar la educación en este campo mediante el establecimiento del Programa de Educación Avanzada en Organización y Dirección de Servicios de Salud (PROASA), que incluye una maestría, cursos de educación continua y, a partir de 1988, el primer doctorado en este campo de conocimiento en Latinoamérica.

En la primera parte se describe brevemente la evolución de los diferentes programas que, desde 1961, se han establecido y a continuación se realiza un análisis de los programas existentes que refleja la situación actual.

Uno de los criterios fundamentales para seleccionar los planes de estudio a analizar, fue que se ofrecieran como programas de posgrado con un contenido mínimo de 50 por ciento en el área de administración. Este criterio se estableció, ya que existe en la actualidad una variedad de programas de posgrado en salud que por el título o el objetivo general parecería que forman administradores. Se consideraron en este análisis nueve planes de estudio que se han impartido en México hasta la fecha. El primer plan de estudios que se impartió en México no se analizó, por no contar con toda la información **necesaria.**

Se elaboró un cuestionarío que se aplicó a cada uno de los coordinadores de los planes de estudio. En el caso de los planes que ya no existen se localizó a los excoordinadores o a algunos docentes que estuvieron vinculados en la enseñanza, El cuestionarío contempló los siguientes aspectos: datos generales de los planes de estudio, antecedentes del plan, datos sobre la coordinación, sobre el cuerpo docente y alumnos, sobre contenidos del curso, sobre instrumentación didáctica y alguna información adicional como características de la infraestructura.

Como se mencionó, se identificaron en total nueve programas en esta área que se ha impartido a nivel nacional. Estos fueron los siguientes:

1. Curso de especialización en adrninistración de hospitales y de la atención médica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de la Universidad Nacional Autónoma de México con apoyo de la Fundación Kellogg.
2. Maestría en administración de hospitales de la Escuela de Salud Pública·de México.
3. Maestría en administración de la atención médica y de hospitales de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México.

4. Especialidad en administración de hospitales de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad juárez del Estado de Durango.
5. Maestría en administración de servícios de salud del ISSSTE.
6. Maestría en administración de salud pública del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.
7. Maestría en administración de la atención médica y de hospitales de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Autónoma de Colima.
8. Maestría en administración de la atención a la salud del Instituto de Desarrollo Directivo, AC (IDDAC).
9. Programa modular de especialidad en administración de la atención médica de la Universidad Autónoma de Guadalajara.

Su aparición cronológica, así como la duración de los mismos, aparece en la gráfica 1.

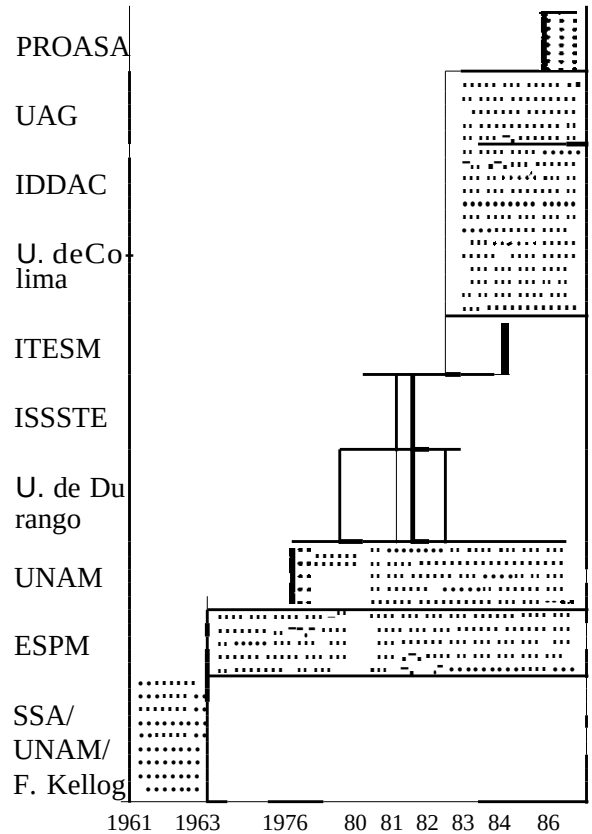
Como puede observarse en la gráfica, de los nueve programas que se han ofrecido en México sólo cinco de ellos subsisten: UAG, IDDAC, U. de Colima, UNAM y ESPM.

La duración media de los programas desaparecidos fue de uno a dos años; aunque, en el caso de la Universidad de Durango, este programa se ofrece cuando "existe demanda de por lo menos cinco candidatos".

En esta gráfica se incluye la Maestría del PROASA, de la Escuela de Salud Pública de México y del Centro de Investigaciones en Sao lud Pública del INSP, así como el décimo programa que se ofrece en México en esta área.

Gráfica 1

EVOLUCION DE LOS PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO (1961-1986)



ANALISIS DE LOS PLANES DE ESTUDIO

En la figura 1 se presenta el modelo que se elaboró para el análisis de estos programas. En este modelo se representan cada uno de los

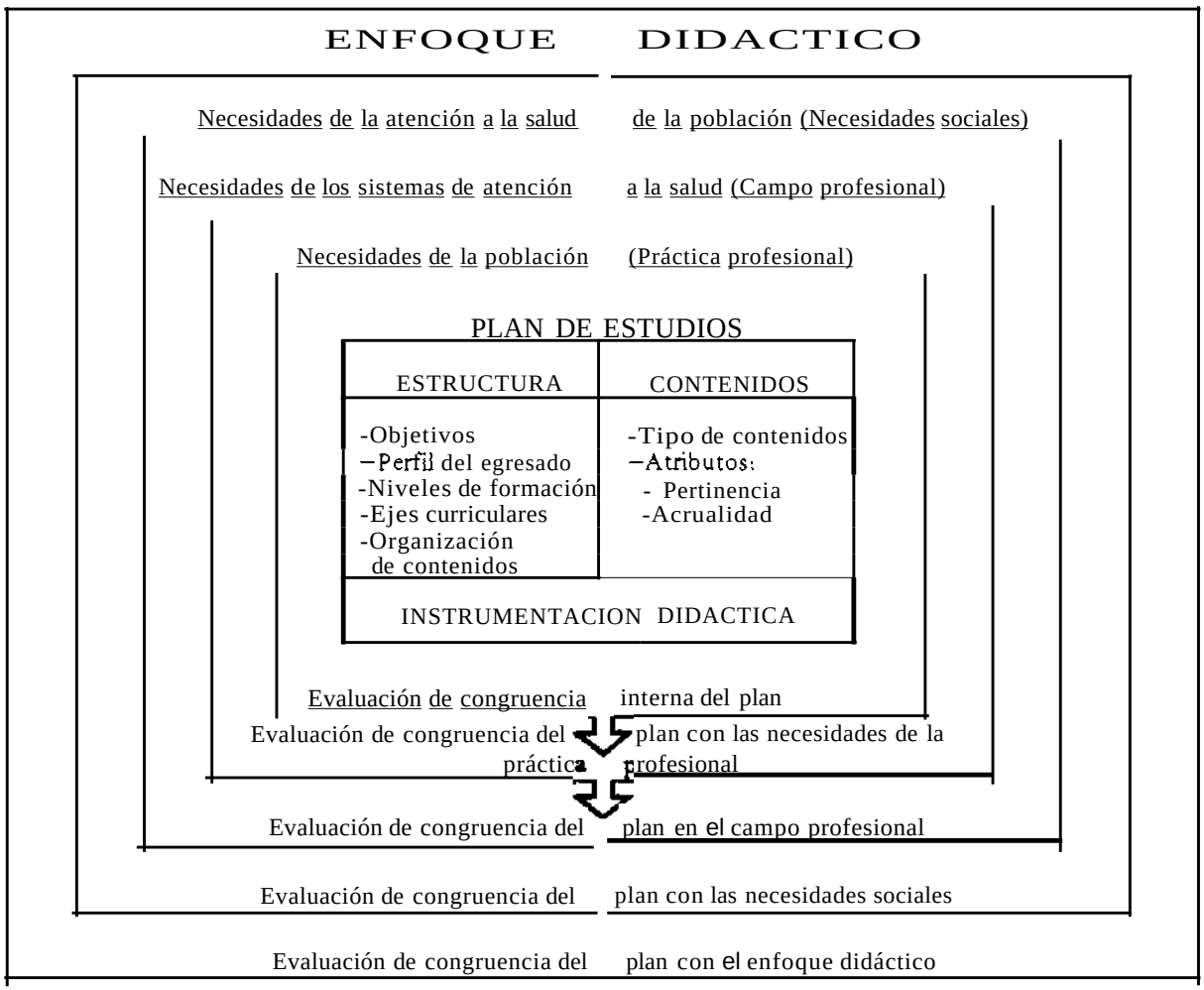
momentos que comprenden el diseño eurricular y a la luz de los cuales se irán analizando los diferentes componentes de estos planes de estudio.

Evaluación de la Congruencia Interna de los Elementos de11'1an de Estudios

Esta incluye la identificación de los elementos

Figura 1

MODELO DE DISEÑO y ANALISIS CURRICULAR



fundamentales de la estructura de los planes de estudio de administración de servicios de salud en México (objetivos, perfil, niveles de formación y ejes curriculares).

En el cuadro número 1 se presentan los hallazgos en cuanto aia presencia o no de los principales elementos curriculares. A continuación, se irán analizando las características de estos elementos dentro de los planes de estudio analizados.

Objetivos y perfiles

En tres de los programas del nivel maestría no se encuentran redactados objetivos terminales ni perfiles, lo cual representa una seria limitante, ya que estos dos elementos del plan de estudios son básicos para la orientación del resto de los momentos de diseño del plan de estudios o sea de las unidades didácticas y de los contenidos de las mismas.

En términos generales, a excepción de una maestría y una especialidad, los objetivos son muy ambiciosos, difícilmente alcanzables.

Dentro del análisis de los perfiles se identifica una confusión entre lo que son los objetivos y los perfiles, ya que en varios de los casos se redactan en forma muy similar sin diferenciarlos. Esto se traduce en una menor orientación para el resto del proceso de diseño curricular, al no contar con estos dos pilares del mismo.

Otra limitante encontrada en el diseño de los perfiles de algunos de estos programas es que son tan ambiciosos, que difícilmente un ser humano puede lograr tanto en tan poco tiempo, Por otro lado, no se aprecia una dif"f('nciación clara entre las características de los objetivos y de los perfiles de nivel maestría y de nivel especialidad.

Nivel de formación

En ninguno de los planes de estudio se encuentran explicitados los niveles de formación. No se señala cómo el alumno puede ir aprendiendo el conocimiento; los contenidos, en todo caso, se encuentran ordenados de lo general a lo particular.

La ausencia de este elemento en el mapa curricular tiene como consecuencia una dificultad para asegurar la integración vertical de cada uno de los periodos curriculares, ya que éstos tienen como objetivo orientar los contenidos de un mismo periodo, para alcanzar un nivel específico de formación en la búsqueda de mayor congruencia e integración de los diferentes contenidos curriculares.

Ejes curriculares

Sólo uno de los planes de estudio del nivel maestría considera a los ejes como organizadores horizontales de los contenidos: el eje de contenidos de administración de servicios de salud, el eje de contenidos metodológicos y técnicos, y el eje de contenidos de carácter social.

Este hallazgo es un dato más que nos refleja la falta de secuenciación y lógica interna del proceso: de diseño curricular de estos pIanes de estudio, que tendrán como consecuencia una dificultad para su comprensión y asimilación por parte del alumno.

Cuadro 1

IDENTIFICACION DE LOS ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA ESTRUCTURA DE LOS PLANES DE ESTUDIO DE ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD
(México, 1963-1986)

NIVEL	MAESTRIA		ESPECIALIDAD	
ELEMENTOS	SI	NO	SI	NO
Objetivos	3	3	2	O
Perfil	3	3	1	1
Niveles de formación	O	6	O	2
Ejes curriculares	1	5	O	2

Tipos de Organización de Contenidos de los Planes de Administración de Servieios de Salud

En los planes de estudio analizados se encontró que los contenidos se organizan, 6 de ellos, por asignaturas y en uno de ellos por áreas de conocimiento (cuadro 2), aunque los contenidos se imparten por asignaturas; es decir, se le da un título de área de conocimiento como por ejemplo "administración y salud pública", pero realmente bajo este título se encuentran diferentes asignaturas sin integrar los contenidos en áreas de conocimiento, que redunden en facilitar una mayor comprensión del objetivo de estudio por parte del educando,

En uno de los planes de estudio se organizan los contenidos supuestamente a partir de módulos, pero los contenidos se encuentran como asignaturas; no se plantea objetivo de transformación ni se organizan e integran los contenidos en función de éste.

En conclusión, se puede decir que los contenidos se encuentran organizados a partir de disciplinas, es decir, se fragmenta el conocimiento, dificultando de esta manera que el sujeto en su proceso de enseñanza-aprendizaje global construya e integre su conocímiento' a partir de los problemas de la realidad a los que se tendrá que enfrentar en su futura práctica profesional,

Cuadro 2

TIPOS DE ORGANIZACION DE CONTENIDOS DE LOS PLANES DE ESTUDIO DE ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD
(México 1963-1986)

NIVEL / TIPOS DE ORGANIZACION	MAESTRIA	ESPECIALIDAD
Asignaturas	5	2
Areas de **conocimiento**	1	O
Módulos		
Total	6	2

Características de la Instrumentación Didáctica de los Planes de Estudio de Administración de Servicios de Salud

Como se puedc observar en el cuadro 3, la mayoría de los planes de estudio en este campo tienden, en la instrumentación didáctica, a mezclar los medios y técnicas utilizadas en la enseñanza tradicional (uso de cátedra, conferencias) y los medios y técnicas utilizadas en la tecnología educativa (cartas descriptivas y material audiovisual). Resulta importante señalar que uno de los planes de estudio utiliza para su instrumentación didáctica sólo la cátedra o la conferencia en un enfoque muy tradicional y limitado, aunque en ninguno de los planes se utiliza e! aprendizaje grupal y la investigación-acción como técnicas didácticas más eficientes.

De lo anterior se puede concluir que e! proceso de enseñanza-aprendizaje se encuentra centrado fundamentalmente en la transmisión de la información y en la eficiencia de! aprendizaje, y no en la aprehensión del conocimiento en torno a la realidad en una forma integral. El alumno adopta un papel pasivo de receptor, siendo un objetivo y no un sujeto de su proceso de enseñanza-aprendizaje.

Esta caracterización de la instrumentación didáctica se constituye en un verdadero obstáculo para e! desarrollo de individuos dinámicos, reflexivos, creativos e innovadores que se desempeñan profesionalmente en forma eficaz y adecuada. Si tomamos en cuenta las características de los sistemas de atención a la salud actual, cada vez más complejos y dinámicos, resulta difícil concebir un profesional que se desarrolle adecuadamente para enfrentar esta responsabilidad dentro de un esquema educativo tan limitado.

Cuadro 3

CARACTERISTICAS DE LA INSTRUMENTACION DIDACTICA DE LOS PLANES DE ESTUDIO DE ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD
(México 1963-1986)

CARACTERISTICAS DE LA INSTRUMENTACION DIDACTICA	NIVEL	
	MAESTRIA	ESPECIALIDAD
Uso exclusivo de la cátedra o de la conferencia	1	O
Enfasis en e! uso de los medios educativos, como cartas descriptivas y material audiovisual	2	O
Mezcla de las dos anteriores	3	2
Enfasis en el aprendizaje grupal y en investigación-acción	O	O
Total	6	2

Evaluación de la Congruencia Interna de los Planes de Estudio en Administración de Servicios de Salud en México

El análisis de la congruencia interna de los

elementos de los planes de estudio, se realizó estableciendo la relación lógica entre cada uno de los elementos que se encontraron presentes en la mayoría de los planes; elementos de la estructura como objetivos terminales y perfiles del egresado; contenidos e instrumentación didáctica.

Los ejes curriculares y los niveles de información no fueron utilizados en este análisis; no por restarles importancia, sino por no encontrarse en los planes de estudio como elementos organizadores de los contenidos.

En el cuadro 4 se encuentra la relación de la congruencia entre los elementos de los planes de estudio analizados. Llama la atención que sólo en el caso de los planes de estudio existe una congruencia lógica entre los diferentes elementos que componen un plan de estudios.

Este hallazgo refleja que el proceso de dise-110 curricular de los planes de estudio no considera como importante que exista esta relación lógica interna del plan. Esto tendrá como consecuencia un grado alto de confusión entre lo que se pretende lograr con este plan de estudios no sólo para el alumno, sino además y quízás más gravemente para el docente, quien tendrá que decidir qué tipo de contenidos dar en su unidad didáctica dentro de este mar de confusiones que se le plantea, al no haber congruencia lógica entre los elementos del plan de estudios.

Cuadro 4

EVALUACION DE LA CONGRUENCIA INTERNA DE LOS PLANES DF. F-STUDIO DE ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD (México 1963-1986)

EVALUACION INTERNA	NIVEL MAES·TRIA	NIVEL ESPECIA·LIDAD
Sin congruencia entre estructura/contenidos/ instrumentación dídéctica	5	1
Con congruencia entre estructura/contenidos/ instrumentación didáctica	1	1

Evaluación de la Congruencia Externa del Plan de Estudios con las Necesidades Sociales del Campo Y la Práctica Profesional

La evaluación de la congruencia externa de los planes de estudio es una tarea de gran complejidad, ya que plantea la adecuación del plan de estudios con las necesidades del campo y la práctica profesional. Como es de suponerse, no existe consenso en cuanto a una metodología y criterios a utilizar.

Por lo tanto, para analizar la congruencia externa de los planes de estudio en este campo hubo que elaborar nuestros propios criterios. Estos son: el criterio de pertenencia y el de actualidad para orientar la selección de contenidos, buscando la congruencia externa del plan. Estos criterios fueron desarrollados para este fin y con mayor profundidad en

el "marco referencial para el análisis y diseño de planes de estudio en el campo de la administración de servicios de salud".

Evaluación de la pertenencia de acuerdo a los criterios propuestos

Para analizar la congruencia de los planes de estudio con el campo profesional y su relación con las funciones de la práctica profesional, se partió de la clasificación por niveles jerárquicos del campo profesional en el campo de la administración de servicios de atención a la salud, ya que existe un profundo desconocimiento en cuanto a las necesidades reales de formación.

Para el análisis de la práctica profesional se establecieron dos grandes funciones generales: organización y dirección, realizadas con distinto énfasis dependiendo del nivel jerárquico de que se trate.

En cuanto a la distribución de cargas de contenidos en base a niveles jerárquicos, funciones y tipo de habilidades a desarrollar, se retomó la propuesta de Katz en habilidades conceptuales, técnicas y humanísticas.

Con lo anterior se pretende conceptualizar y analizar en forma conjunta el campo profesional, la práctica profesional y los tipos de habilidades administrativas a desarrollar por nivel académico de los planes de estudio (ver cuadro 5).

El análisis de las habilidades a desarrollar por los recursos humanos formados en los planes de estudio revisados, se hizo agrupando las asignaturas en aquellas que desarrollan habilidades conceptuales, humanísticas y técnicas, partiendo de los criterios señalados.

Se propone que para el nivel estratégico las habilidades conceptuales tendrían un porcentaje de 50-55 por ciento, las habilidades de tipo humanístico tendrían un peso aproximado de 25-30 por ciento y las habilidades de tipo técnico de 15-25 por ciento aproximadamente, para lograr un desempeño adecuado, proponiéndose esta combinación de contenidos al nivel de maestría.

Para el nivel táctico, las habilidades conceptuales tendrían un peso de 30-35 por ciento, las habilidades humanísticas un 25-30 por ciento y las habilidades técnicas un 35-45 por ciento, proponiéndose esta combinación de contenidos para un plan de estudios de nivel especialidad.

Como se puede ver en el cuadro 6, la carga de contenidos curriculares corresponde con las cargas planteadas para los diferentes niveles académicos.

Comparando los resultados obtenidos con los ideales señalados, resulta que las maestrías tienen una menor carga de contenidos conceptuales y humanísticos a los requeridos y una mayor carga en los contenidos técnicos; en las especialidades encontramos que existe una mayor carga de contenidos técnicos, una deficiencia obvia de los contenidos humanísticos y una carga de contenidos conceptuales dentro de los parámetros establecidos.

Podríamos decir que bajo los criterios señalados y los resultados obtenidos, las maestrías se acercan más a formar recursos humanos que se correspondcrIan al nivel táctico y no al estratégico, y las especialidades a recursos humanos que no encuentran adecuación ideal en ninguno de los niveles jerárquicos propuestos, tendiendo a satisfacer las

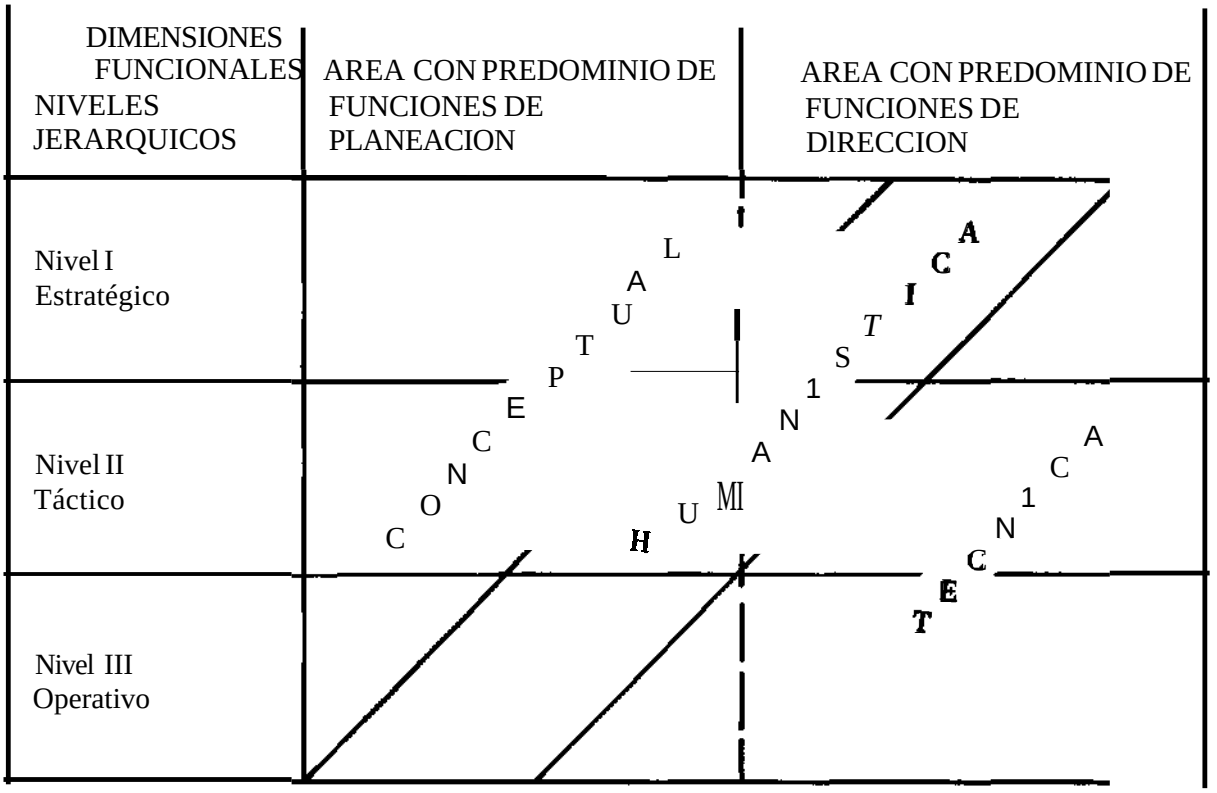
necesidades del nivel operativo en cuanto desarrollarían mayormente las habilidades de tipo técnico.

De lo anterior se puede concluir que los recursos humanos formados en estos planes de estudio se ubicarían y podrían satisfacer las necesidades de los niveles jerárquicos táctico y operativo, encontrándose el nivel estratégico con escasos o nulos recursos humanos capaces de cubrir las necesidades de este nivel jerárquico.

Es necesario resaltar el poco énfasis que se hace en las habilidades de tipo humanístico tanto en el nivel académico de maestría como en el nivel de especialidad, siendo evidente la necesidad de incrementar los contenidos que apoyen el desarrollo de este tipo de habilidades en los recursos humanos a formar.

Cuadro 5

INTERRELACION DEL CAMPO PROFESIONAL (NIVELES JERARQUICOS), LA PRACTICA PROFESIONAL (TIPO DE FUNCIONES) Y DE LAS HABILIDADES ADMINISTRATIVAS



Fuente: Modificado de K.tz. *Skills 0/4n effective administrator.*

Cuadro 6

RELACION DE CONTENIDOS CURRICULARES
DE LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIDAD
Y MAESTRIA EN ASS

	MAESTRIA		ESPECIALIDAD	
TIPO DE CONTENIDO	No. DE HORAS	%	No. DE HORAS	%
Conceptual	207	43	18	37
Humanístico	56	12	O	O
Técnico	213	45	31	63
Totales	476	100	49	100

Evaluación de la actualidad de los contenidos

Buscando la actualidad de los contenidos en los planes de estudio analizados, es decir, la incorporación del avance científico-técnico en el campo de la administración de servicios de salud, se elaboró una clasificación que incorpora las propuestas de la Asociación de Programas e Inventarios de Administración de Servicios de Salud (AUPHA) y la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como las características de los contenidos de los programas analizados y los fundamentos del enfoque didáctico crítico o alternativo que se propone para la enseñanza en este campo.

Se pudo observar que, en general, existe un mayor desarrollo de los contenidos relacionados con dirección de los sistemas de atención a la salud y un menor desarrollo de los contenidos relacionados con análisis de contexto, análisis de la población, y docencia, sin existir una clara diferencia entre el tipo de contenidos para el nivel maestría y el nivel especialidad; existiendo, de igual manera, en ambos niveles, el énfasis en dirección y deficiencias en los contenidos señalados.

CONCLUSIONES

En síntesis, el presente análisis puede concluir diciendo que el campo de la educación en administración de servicios de salud en México es un campo disciplinario joven, comparado con otros campos, ya que su desarrollo académico, aunque data de 1961 el primer plan de estudios de posgrado, se da hasta mediados de los setentas y principios de los ochentas, cuando surgen los planes de estudio en este campo.

Existe una confusión y desorden en cuanto a los requisitos de los diferentes niveles académicos en este campo (nivel especialidad y maestría), ya que su duración en horas y créditos es similar en algunos casos. Asimismo, los objetivos, perfiles y contenidos son muy similares para ambos niveles académicos.

Después de realizar un cálculo aproximado en cuanto a la relación de la oferta y la demanda de recursos humanos en esta área, encontramos que la oferta está muy por debajo, por lo menos cuantitativamente, de lo que teóricamente se esperaba dadas las características del sistema de salud actual. Asimismo, se observó que la cantidad 'de docentes de tiempo completo disponible para desarrollar este campo disciplinario, es a todas luces insuficiente y crítico (seis en cinco programas a nivel nacional).

En cuanto a las características internas de la composición y congruencia de los diferentes planes de estudio, la situación es crítica. En la mayoría de ellos no se encuentran todos los elementos básicos indispensables para darle cuerpo y congruencia lógica al plan de estudios (objetivos, perfil, niveles de formación y ejes curriculares). En los casos en que algunos de ellos están presentes, no existe congruencia lógica que los relacione. Y esto se agrava cuando se analizan los contenidos, ya que en la mayoría de los casos éstos no corresponden de manera clara a los objetivos o al perfil propuestos.

Estos datos reflejan una falta de metodología en cuanto a diseño curricular para elaborar los planes de estudios de esta área, que repercuten necesariamente en la calidad de los planes de estudio desde el punto de vista didáctico.

En relación al tipo de organización de contenidos, éstos aparecen en forma de asignaturas en su mayoría, lo cual conlleva a una segmentación del conocimiento, ya que estos contenidos definen su organización interna en base a la estructuración de disciplinas y no de problemas relacionados con su futura práctica profesional. Esto tiene como consecuencia un alejamiento de la realidad (divorcio teórico-práctico) y una mayor dificultad de integración por parte del educando, ya que es más difícil entender para qué se están estudiando esos contenidos.

En cuanto a la evaluación de la congruencia externa de estos planes de estudio, medidos a través de los criterios de pertenencia (grado de adecuación de los contenidos a las necesidades del campo y la práctica profesional) y de actualidad (grado de adecuación de 108 contenidos al desarrollo del conocimiento de la disciplina), se encontró lo siguiente:

a. En el grado de pertenencia de los planes de estudio a las características del campo y práctica profesional de aeuerdo a lo establecido en -marco referencial, encontramos que estos planes de estudio están, en lo general, de acuerdo al tipo de contenidos que manejan, desarrollando recursos humanos para nivel táctico y operativo, y no para nivel estratégico y táctico de acuerdo a nuestra propuesta conceptual.
b, En el grado de actualidad de los planes de estudio de acuerdo a nuestra propuesta de tipo de contenidos de actua-

lidad en esta área, encontramos que existe una falta de desarrollo de contenidos que complementen la visión del egresado en este campo, como son los contenidos de análisis del contexto y análisis poblacional.

c. Por otro lado, no se incorporan de manera importante contenidos de doceno cia, lo cual, contrastado con la situación actual de déficit de personal docente en esta área, se vuelve una li· mitación importante de estos planes de estudio.

Finalmente, es importante insistir en que, dada la situación mencionada de los programas específicamente dirigidos a la formación de recursos humanos en administración de servicios de salud y considerando que por las características del sector salud en México es éste un ámbito en el que, evidentemente, el sector público tiene una amplia participación, el reforzamiento de esta área de conocimiento debe ser una responsabilidad compartida, en el que las instituciones de educación en administración pública se encuentran frente a un terreno fértil para ser explorado.

La cooperación técnica internacional en el campo de la salud

RAMON ALVAREZ GUTIERREZ
y *MA. ORALIA GONZALEZ PINEDA*

INTRODUCCION

Existen diversas formas de intercambio y colaboración entre los países, siendo la cooperación técnica una de las que cuentan con mayor potencialidad en el esfuerzo por aleanzar un mayor grado de desarrollo, concepto que ha aceptado México tradicionalmente en diversas áreas de la vida nacional y, especialmente, en el campo de la salud. De ahí su permanente y activa participación en los diferentes foros y organismos internacionales, y la promoción de convenios y acuerdos bilaterales con gobiernos e instituciones extranjeras.

Sin embargo, es a partir de la actual administración que se ha consolidado el papel que debe cumplir la cooperación técnica internacional, ya sea de carácter multilateral o bilateral, con respecto al desarrollo de los programas nacionales de salud, consistente en actuar como catalizadora y movilizadora del acervo de recursos humanos, técnicos y financieros no sólo dc otros países, sino también de los existentes en nuestro país; de tal manera que esa cooperación no se reduzca a una simple transferencia y adaptación de tecnologías, conocimientos y experiencias extranjeras.

Con esta concepción se busca fundamentalmente fortalecer la capacidad nacional de desarrollo, haciendo un uso cualitativamente superior de los recursos técnicos y de las instituciones nacionales. Por lo tanto, la definición de las áreas específicas en las que resulta pertinente contar con este tipo de cooperación, se estableció a través de un proceso integral de delimitación de prioridades y en base a los programas y metas propuestas 'en el Plan Nacional de Salud 1984-1988.

En este contexto, se detallarán las actividades y beneficios resultantes de las dos formas esenciales de cooperación técnica

internacional: la multilateral y la bilateral. La primera, en términos generales, se define como la prestada por una agencia especializada integrada por varios países y en cuyos programas de cooperación intervienen, además del país interesado, las propias políticas y programas del organismo en cuestión.

La segunda es la que se establece entre dos naciones a través de convenios específicos, los cuales están en función de las mutuas necesidades en el ámbito de la salud. Es necesario aclarar que la actual administración no sólo ha establecido compromisos de nivel gubernamental, sino que de manera importante se han promovido acuerdos con instituciones de servícios y académicas, así como con fundaciones, lo que ha significado una diversificación de áreas susceptibles de beneficiarse de la cooperación técnica.

COOPERACION TECNICA MULTILATERAL

En este campo, México tiene relaciones estrechas con tres tipos de organismos:

1. Agencias especializadas en salud:
   - Organización Panamericana de la Salud (OPS).
   - Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. Organismos internacionales vinculados a la salud:
   - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
   - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
   - Programa Mundial de Alimentos (PMA).
   - Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA).
   - Programa de las Naciones Unidas para el Mejoramiento del Medio Ambiente (PNUMA).
3. Organismos financieros internacionales:
   - Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
   - Banco Mundial (BM).
   - Agencia Internacional de Desarrollo (AID).

Organización Panamericana de la Salud (OP8)

A pesar de que en la actualidad la oficina sanitaria es la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, existen dos razones fundamentales para abordarla en primer término. En principio, porque se constituyó en 1902 como uno de los principales resultados de la 11 Conferencia Internacional de los Estados Americanos, celebrada en México con la participación de representantes de once repúblicas de la región; y, segundo, porque es la *agencia especializada en salud* con la cual se mantiene un contacto más estrecho, lo que ha determinado, por lo tanto, una participación más activa del sector salud en su conjunto y de la secretaría en particular dentro de sus programas y cuerpos de gobierno, así como también donde se han obtenido mayores aportaciones para las actividades de salud nacionales.

Dado que la razón fundamental de su fundación fue la de uniformar los criterios regionales para combatir las grandes epidemias de la época, es posible decir que tanto su esta-

blecimiento como la adopción de una política sanitaria común constituyen un hecho sin precedente, pues implicó el reconocimiento de que la lucha contra las enfermedades -especialmente las epidémicas- no es responsabilidad única del país que las padece, sino que debe ser compartida por todas las naciones.

El Programa Nacíonal 1984-1988 *y la Cooperacion OPS/México*

En concordancia con los programas prioritarios planteados en el Programa Nacional de Salud 1984-1988 y de acuerdo con las políticas y programas de la propia organización en función de la meta "Salud para todos en el año 2000", se definieron las áreas programáticas en las que se centraría la cooperación técnica: Ampliación de cobertura y atención médica; prevención y control de enfermedades; promoción de la salud; control sanitario y ambiental; planificación familiar, y programas de apoyo.

La cooperación brindada al país, en su conjunto, puede resumirse como sigue:

Asesoría técnica de consultores permanentes del país, estatales y regionales en las áreas de administración y planificación de salud; epidemiología, tuberculosis e infecciones respiratorias; ingeniería sanitaria; laboratorios; estadística; investigación; salud materno-infantil y planificación familiar; salud pública veterinaria; educación para la salud; registros médicos; clasificación de enfermedades e inmunizaciones.

Asesoría técnica de consultores a corto plazo en las áreas de planificación y arquitectura hospitalaria; control de diarreas; planificación familiar y salud materno-infantil.

Becas para capacitación de recursos humanos en el exterior y dentro del país en las seis áreas programáticas arriba indicadas.

Apoyo financiero, técnico y administrativo para la compra de suministros y material vinculado a la salud.

Apoyo financiero para la realización de cursos, seminarios y talleres para capacitación de personal nacional.

Participación de México en los cuerpos de gobierno, grupos de expertos y programas de la OPS

Desde el inicio de las actividades de la Organización Panamericana de la Salud, México a través de sus profesionales de la salud, ha participado activamente en todas sus instancias y programas y, durante la presente administración, algunos funcionarios se han desempeñado en altos puestos directivos y continúan participando tanto en el Comité Asesor de Investigaciones en Salud como en su Junta Mixta de Coordinación.

Asimismo, en el periodo comprendido entre 1983 y 1987, ciento noventa y nueve profesionales mexicanos han sido designados por la organización para participar en diversos eventos internacionales y brindar asesoría en programas específicos en varios países miembros en calidad de expertos en sus áreas de competencia. Con relación a ello, es necesario recalcar que dicha cifra dennota un importan-

te aumento con respecto a la contratación de nacionales en periodos anteriores.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Desde la constitución oficial de la üMS en 1978, México ha participado activamente en todos sus foros y cuerpos de gobierno, y ha recibido apoyo para múltiples actividades. Con respecto a la participación de México en la üMS, destacan: la. presidencia de la Asamblea Mundial de la Salud en 1984; la membresía en los Comités Mixtos de Planeación y Políticas, y la presidencia del secretario de Salud en la reunión preparatoria del Comité de expertos para el fortalecimiento de los Ministerios de Salud para la atención primaria, que se reunirá en la sede de la organización en noviembre del presente año y que igualmente será presidida por el mismo funcionario mexicano. En relación con otros programas especiales de esta agencia especializada en salud, debe mencionarse que varias instituciones han sido designadas centros colaboradores en las áreas de nutrición, administración de salud, radiología, medicina nuclear, ecología, neurocirugía, psiquiatría e inmunología, entre otras; pero destacan particularmente la designación de los laboratorios nacionales de la secretaría como laboratorios de referencia para la región latinoamericana, para la realización de estudios clínicos, .biomédicos y de control de calidad de vacunas .bacterianas y virales, y el convenio de cooperación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía con la División de Salud Mental en Ginebra, el cual tiene una extensión de seis años (1984-1989).

Asimismo, México ha participado en distintos *organismos internacionales especializados vinculados con la salud* de las Naciones Unidas, en los cuales, además de obtener importantes apoyos para los proyectos medulares del sector salud, se ha utilizado su experiencia como punto de referencia para las acciones que estos organismos han desarrollado en países con características similares a las nuestras, siendo algunos de ellos los siguientes.

Fondo de las Naciones Unidas
para la Infancia (UNICEF)

México firma el acuerdo de integración en 1954 y en 1981 se establece en el país el Centro Regional de Actividades, apoyando tanto, programas nacionales de desarrollo socioeconómico y de atención primaria como proyectos regionales, entre los que destacan el de la promoción y desarrollo de la mujer en Latinoamérica, y el de apoyo a la estimulación en la primera infancia en Centroamérica y Panamá.

Específicamente, durante la actual administración la UNICEF mantiene vigentes en nuestro país cinco programas de atención primaria integral, Con capacitación de auxiliares de salud extraídos de las mismas comunidades y establecidos en la zona maya de Quintana Roo y Yucatán; en Guerrero; en tres zonas de Chiapas (una de ellas de indígenas puros); en Veracruz, y en Tabasco.

Asimismo, ha cooperado con el Programa Nacional de Vacunación y en 1986 aportó la cantidad de 70 mil dólares para el fortalecimiento de la cadena de frío; la dotación de jeringas y agujas para la aplicación de vacunas;

la capacitación del personal y la movilización social de la población.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

La relación con el programa se inicia en 1972 en términos de apoyo recíproco, pues se le otorgó al organismo un' importante empréstito cuando éste atravesaba por una seria crisis financiera en 1976.

Como miembro del Consejo de Administración ha tenido una actuación determinante, al impulsar la utilización de fondos en apoyo de Latinoamérica. Asimismo, ha promovido la realización de reuniones internacionales y colaborado en proyectos regionales como el de producción de biológicos veterinarios para Centroamérica, México y Panamá.

Nuestro país se ha beneficiado del apoyo financiero de este organismo, principalmente el Programa de la Red de Laboratorios.

Programa de las Naciones Unidas para el Mejoramiento del Medio Ambiente (PNUMA)

Este programa se inicia en 1972; con el objeto de atender los requerimientos de los países latinoamericanos y del Caribe se establece en México en 1974 una oficina regional. Entre varias actividades internacionales realizadas en el país, destaca el simposio PNUMA/UNCTAD sobre "Modelos de utilización de recursos, medio ambiente y estrategias de desarrollo" (1974), cuya declaración es mundialmente conocida por su contribución al tratamiento de la interrelación entre población, recursos, desarrollo y medio ambiente, así como la llamada "Declaración de Cocoyoc".

Programa Mundial de Alimentos (PMA)

El Programa Mundial de Alimentos es iniciado conjuntamente por la ONU y la FAO en 1962, con el objeto de proporcionar apoyo alimentario a los países en desarrollo. Se sostiene con promesas voluntarias de contribución en especie, dinero o servicios. La dirección, fijación de políticas y supervisión del programa está a cargo del Comité de Políticas y Programas de Ayuda Alimentaria, integrado por 30 países; quince son elegidos por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas y quince directamente por la FAO. México ha sido tres veces miembro del Comité por elección del Consejo, además de participar con grupos de expertos sobre diferentes temas relacionados con el programa desde su ingreso en 1966. En esta fecha se manejaron varios proyectos, de los cuales sólo los proyectos 2510, "Desarrollo rural integrado por zonas marginadas" y el "Méx-PMA 1446-E", Programa de ayuda alimentaria de emergencia a víctimas del terremoto de septiembre de 1985, correspondieron a la presente administración.

Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA)

México firma el convenio de cooperación con UNFPA en 1972, colaborando ampliamente en las reuniones preparatorias latinoamericanas para la Conferencia Mundial de Población (1974). En ella tiene una destacada participación y se aceptan todos sus conceptos y recomendaciones, quedando integrados en el Plan Mundial de Acción. Como reconocimiento se le otorga la sede de la II Conferencia Mundial

de Población (1984), en donde se incluye como uno de los cuatro principales temas "La mortalidad y la política sanitaria".

De entre los diversos *organismos financieros internacionales,* la Secretaría de Salud mantiene convenios de cooperación básicamente con tres: el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la Agencia Internacional de Desarrollo del Gobierno de los Estados Unidos de América. Del primero se han recibido 30 millones de dólares para la reconstrucción de la capacidad hospitalaria de la ciudad de México y 40 millones de dólares para la extensión de cobertura de población abierta. Con el Banco Mundial se tiene un proyecto de mejoramiento de infraestructura a nivel municipal y mejoramiento del sistema regional de información; y, finalmente, de la AID-AED-Prietech se recibieron 295 mil dólares para apoyar el Programa de Control de Diarreas, así como apoyo para el Curso de mantenimiento y r. paración de refrigeradores dentro del Programa Nacional de Inmunizaciones.

COOPERACION TECNICA BILATERAL

Dentro de las actividades de cooperación técnica internacional, tienen un lugar especial los programas orientados a mejorar la salud de las poblaciones fronterizas, ya sea que se realicen por medio de asociaciones de carácter civil, como la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud; o por haber suscrito cartas de intención y protocolos de instrumentación de programas como los utilizados en la frontera sur con Belice y Guatemala, respectivamente.

Si bien las acciones bilaterales en la frontera norte han mantenido su continuidad desde la fundación de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud, no es sino hasta este periodo en que se le ha dado mayor énfasis al aspecto técnico y de capacitación, cuyas características particulares se abordarán posteriormente con mayor detalle. Con relación a la frontera sur deben destacarse dos aspectos: primero, después de casi diez años de haberse suspendido la aceptación de becarios centroamericanos para realizar sus residencias en instituciones nacionales, se ha abierto una importante cantidad de plazas para apoyar a los países de la región en la formación de sus recursos humanos en salud. Actualmente, hay 30 becarios realizando sus residencias de especialización y, para cuya manutención, la secretaría aporta el SO por ciento de los recursos; y, segundo, es la primera vez que se tiene un programa fronterizo con Belice, lo que, concatenado con las actividades que se realizan con Guatemala, implica que se tiene cubierta toda la región fronteriza.

Programa México-Estados Unidos

El programa de la frontera norte, canalizado a través de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (AFMES) e iniciado en 1943, es un mecanismo idóneo para facilitar las relaciones entre ambos países.

Desde su comienzo se fomentó el intercambio de experiencias y se crearon foros que permitieran analizar los problemas de salud comunes, que coadyuvaran a la búsqueda de soluciones factibles, tomando en cuenta las enormes diferencias existentes entre los servi-

cios de salud de ambos lados de la frontera. Tradicionalmente, se había dado mayor importancia a las reuniones de la asociación, tanto las anuales como las de sus diferentes comités y consejos, que a las actividades directamente relacionadas con la capacitación y la investigación; pero, a partir de 1984 y a instancias de la secretaría, se revirtió esta tendencia en favor de estas últimas, de manera tal que ha aumentado significativamente el número de cursos, los que pasaron de 25 en 1984 a 92 que se tienen programados para este año.

En la reunión anual de la asociación se ha logrado impulsar el aspecto técnico, con lo cual ésta se ha convertido en una excelente oportunidad para el intercambio de conocimientos y la actualización en problemas relevantes para la situación de la salud fronteriza.

Programa México·Belice

El programa se inició con la firma de la Carta de Intención en agosto de 1984; posteriormente, se realizaron varias reuniones de carácter técnico, orientadas a la definición de los programas operativos concretos, los que, en este momento, son tres: implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica fronteriza; control de enfermedades transmitidas por vector, y control de enfermedades previsibles por vacunación. Para el buen desempeño de las actividades acordadas se mantiene una continua comunicación -formal e informai-, que permite una permanente evaluación de los avances y la detección oportuna de los problemas, de tal suerte que se han logrado adecuados apoyos mutuos, como por ejemplo: la entrega de insecticida a Belice para su utilización contra el vector del paludismo y Belioe, a su vez, facilitó medicamentos a los Servicios Coordinados de Quintana Roo para el tratamiento a enfermos de dicho padecimiento. En la quinta reunión de evaluación celebrada en marzo de 1986, también ofreció sus laboratorios para la detección temprana de SIDA en la frontera mexicana.

Programa México-Guatemala

Desde el inicio de la actual administración ha existido un marcado interés en reanudar las actividades de colaboración con Guatemala, lo que ha incrementado sustancialmente los programas de control epidemiológico en las zonas fronterizas entre los dos países, así como el ofrecimiento de un amplio respaldo para la capacitación de su personal de salud.

En 1983 se restableció contacto con el Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala, lográndose que en marzo de 1984 se firmara una declaración conjunta. Con el objetivo de mejorar la salud de la población fronteriza se realizaron varias reuniones de personal técnico, que estudiaron los aspectos epidemiológicos de las enfermedades prevalecientes en el área y los programas que podrían ponerse en marcha con carácter cooperativo binacional. Entre esas enfermedades se incluyeron el paludismo y el dengue, la tuberculosis, los padecimientos previsibles por vacunación, las enfermedades diarreicas y la vigilancia del *Aedes Aegypti*.

Los trabajos culminaron con la firma de un Programa específico de cooperación técnica en materia de salud y asistencia social entre

la SSA-IMSS y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, que contempla cinco áreas de cooperación: 1) Administración de sistemas de salud; 2) Capacitación y formación de recursos humanos; 3) Establecimiento y dotación de farmacias; 4) Integración y desarrollo de la comunidad, y 5) Recreación y cultura.

Posteriormente, en una reunión celebrada el 8 de agosto de 1986 se firmó el Protocolo primero de instrumentación del programa, determinándose en él trabajar sobre los tres primeros rubros del programa antedicho.

Por último, en lo que respecta al establecimiento y dotación de farmacias, de Guatemala se recibió una lista de sus necesidades, misma que fue conjuntada con nuestro cuadro básico y se obtuvieron los medicamentos en plaza. La transacción se hizo a través de la OPS y su monto fue de 600 mil dólares, el cual cubrirá sus requerimientos por tres años. En principio, se había calculado un costo de un millón de dólares, pero gracias al sistema de compra consolidada de medicamentos del sector salud, su costo se redujo a 200 mil dólares, adquiriéndose el triple de los medicamentos solicitados inicialmente.

Otros Programas de Cooperación Técnica Bilateral

También en este rubro se incluyen los convenios y/o acuerdos de cooperación técnica en general, que se firman a nivel de gobiernos y en los cuales se incluyen las necesidades y posibilidades del sector salud. Así como los que se suscriben entre los ministerios responsables de la salud pública, y entre la Secretaría de Salud y organismos no gubernamentales como las universidades y las fundaciones; y, finalmente, los realizados a nivel de instituciones.

Actualmente, se encuentran vigentes 37 convenios internacionales, que incluyen la cooperación en el ámbito de la salud con países latinoamericanos, europeos, asiáticos, africanos y caribeños.

Es importante mencionar que aun cuando en estos convenios intervienen otras instituciones, es actualmente la Secretaría de Salud la que, 'en su calidad de cabeza de sector, coordina las negociaciones globales y supervisa la ejecución de los acuerdos, responsabilidad ésta del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Finalmente, citaremos las fundaciones y organizaciones de tipo civil de las cuales se ha logrado apoyo, principalmente para el desarrollo de programas de investigación, con excepción de los fondos que la Fundación Kellogg proporciona a los programas pilotos de establecimiento de sistemas integrados doceno te-asistenciales en Monterrey y Tijuana; de extensión de cobertura a población margina. da (ISSDF); para el programa de fluoruración de la sal (DGSSEDOMEX), y la aportación que el Club Rotarios ha venido realizando durante las dos últimas campañas masivas de vacunación contra la poliomielitis.

El Instituto Nacional de Salud Pública obtiene subsidios para investigación y formación de recursos humanos en salud del International Development Research Center (IDRC), la Fundación Kellogg, la Fundación Ford, la Agencia Internacional de Desarrollo (AID) a nivel internacional, independientemente de

los fondos que organizaciones nacionales le otorgan.

La Fundación Carnegie, a pesar de que en sus estatutos se establece que sus acciones necesariamente deben realizarse en el ámbito de los Estados Unidos, dio especial importancia al problema de salud fronteriza -que necesariamente comprende a la contraparte mexicana- y financió en 1985 una reunión de expertos sobre el tema en San Antonio, Texas, y, posteriormente, en 1987 volvió a financiar un estudio sobre problemas relativos a la salud en la franja fronteriza, realizado por el coordinador local del Programa de Salud de las Zonas Fronterizas de la SSA.

Por otra parte, se consiguió que la Fundación Kellogg apoye programas de investigación y formación de recursos humanos de ia Dirección General de Enseñanza en Salud de la SSA; de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. También ha aportado fondos para la realización de eventos académicos de carácter internacional, organizados por la Asoeiación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, así como por la Federación Panamericana de Asociaciones de Escuelas Médicas. A titulo de ejemplo mencionaremos que, según el informe de la Fundación de 1986, sus aportaciones ascendieron a 3 millones 503 mil 647 dólares.

Para finalizar, debe mencionarse el Programa de Nutrición y Salud que contará con 96 millones de raciones familiares anuales, que se aplicarán a 365 mil familias por un periodo de un año (1987-1988), separado en tres fases. Estos apoyos se recibirán a principios de junio del año en curso y serán proporcionados por CARE.

BffiUOGRAFIA

Breve análisis de tipo costo-beneficio, en relación con *la membresía de nuestro país en los organismos multinacionales relacionados con la salud.* Comisión Coordinadora de Asuntos Internacionales. Sin fecha.

Cooperación técnica para la reconstrucción de los servicios de salud en *el Valle de México.* Documento de Proyecto del Gobierno de México. PNUD. No. Méx/86/003/A/13/14. México. Abril, 1987.

Informe del presidente de la República con *relación a los grupos de trabajo,* producto de la Reunión Binacional Guatemala-México del Sector Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, C.A. Abril, 1987.

Informe anual del director 1984. Organización Panamericana de la Salud. Washington, OC. 1985.

Informe de actividades 1985-1986. Centro de Investigaciones en Salud Pública, Secretaría de Salud. México, 1986.

Informe de aclividades 1986-1987. Centro de Investigaciones en Salud Pública, Secretaría de Salud. México, 1987.

Ferrer R., José. *Informe sobre actividades en*

salud animal de IICA. Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura. México. Abril, 1987.

Informe sobre actividades internacionales. Jefatura de Servicios Coordinados de RC., Secretaría de Salud. Abril, 1987.

Pérez Duarte, Filiberto. *Informe sobre apoyos internacionales al Programa del Estado de Sonora.* Secretaría de Salud. Hermosillo, Son. Abril, 1987.

Informe sobre donativos provenientes de organismos internacionales. Dirección General de Evaluación, Secretaría de Salud. Mayo, 1987.

Informe sobre el *convenio de colaboración entre* los *Institutos Nacionales de Salud* y el *Centro de Desarrollo* y *Aplicaciones Tecnológicas,* y el *Proyecto en* el *PNUD/CEDAT.* Dirección General de Investigación y Desarrollo Tecnológico, Secretaría de Salud. México. Mayo, 1987.

Informe sobre cursos y *seminarios; Becarios nacionales* y *extranjeros; Consultores a corto plazo* y *Asesores temporeros,* gestionado por la representación de la OPS en México. Representación de OPS en México. Mayo, 1987.

La modernización de la administración pública de *salud en México (1982-1988).* Comisión Coordinadora de Centros Internacionales, Secretaría de Salud. Sin fecha.

Las Naciones Unidas en México. Organización de las Naciones Unidas. México, 1979.

Quijano Narezo, Manuel. *Memorándum al Dr. Guillermo Soberón Acevedo sobre la relación con Guatemala.* Comisión Coordinadora de Asuntos Internacionales, Secretaría de Salud. Abril, 1987.

1986 annual reporto W.K. Kellogg Foundation. EUA,1987.

Moguel Sarmiento, Carlos. *Nota informativa sobre atención médica a* los *refugiados en la frontera sur.* Programa de Salud de las Zonas Fronterizas (Zona Sur), Secretaría de Salud. Tapachula, Chis. Abril, 1987.

Nota informativa sobre cooperación técnica internacional del Programa de *Planificación Familiar.* Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud. Abril, 1987.

Urrusti ·S, Juan. *Nota informativa sobre fuentes* de *financiamiento externo.* Instituto Nacional de Salud Pública. Abril, 1987.

Nota informativa sobre el *Programa Mundial* de *Alimentos* y *Donativos CARE.* Coordinación Sectorial y Regional, Secretaría de Salud. Mayo, 1987.

H. Ortega, Herbert. *Preliminary analysis of the utilization of CTPD in health on the United States/Mexico border.* Oficina de Campo de la OPS. Enero, 1986.

Priority health needs in Central America and Panama. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. 1984.

Relación de *acuerdos* y *convenios internacionales.* Comisión Coordinadora de Asuntos Internacionales, Secretaría de Salud. Sin fecha.

Reporte de *actividades para* el *año* de 1985. Organización Panamericana de la Salud, Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud. El Paso, Texas. 1986.

Reporte de *actividades para* el afto de 1986. Organización Panamericana de la Salud, Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud. El Paso, Texas, 1987.

Resoluciones de los grupos de trabajo del sector salud en *la reunión binacional celebrada* en *la ciudad de Guatemala el* 6 y 7 *de abril de* 1987. Ministerio de Salud PÚMica y Asistencia Social de Guatemala, CA. Abril, 1987.

Romero Alvarez, Humberto. *Salud sin fronteras.* México. Imprenta Lerma, SAo 1975.

Los Sistemas Nacionales de Salud. Una perspectiva comparativa"

JULIO FRENK MORA
Y AVEDIS DONABEDIAN

RESUMEN

Este artículo intenta desarrollar algunos de los elementos básicos para una teoría sobre la intervención del Estado en la atención médica. Primero se propone una tipología de modalidades de intervención estatal basada en dos dimensiones: la forma de control del Estado sobre la producción de servicios médicos y las bases para seleccionar a la población beneficiaria de los programas de salud. Los doce tipos resultantes proporcionan un medio para construir perfiles de modalidades que describan, en un momento dado, patrones nacionales de participación del Estado en este campo. Posteriormente, se analizan las transformaciones temporales de la intervención estatal en la atención médica, utilizando los cambios en la forma de control y en la cobertura de la población para construir tres vías hipotéticas de intervención, las cuales pueden servir para representar amplias tendencias históricas en los principales grupos de países. En la sección final se señalan algunas variables, de acuerdo al supuesto efecto que tienen sobre los patrones de convergencia y divergencia que exhiben los países en diferentes niveles de desarrollo, en relación a las modalidades y vías de intervención estatal en la atención médica. Esta perspectiva comparativa entre naciones se ofrece como una estrategia para construir una teoría que explique la intervención del Estado, un proceso que, en gran medida, guía la experiencia médica de nuestros días.

• Una versión más extensa de este artículo apareció en la revista *Health Policy and Planning* (publicada por la Oxiord University Press en asociación con The London School of Hygiene and Tropical Medicine), VoL 2, No. 1, Marso de 1987 págs. 17-31, bajo el título "State intervention in medieal eare: Types, trends and variables".

INTRODUCCION

Hace algunos años, Michel Foucault (1976) señaló la necesidad de estudiar lo que él llamó

el "modelo de desarrollo médico". Así como los economistas modernos han tenido que examinar el "despegue" económico del mundo occidental, quien desee comprender las dimensiones actuales del progreso y de la crisis en medicina debe analizar el "despegue" médico y sanitario, que se inició en Europa alrededor del siglo dieciocho.

Cualquier modelo de desarrollo médico debe describir y explicar la participación del Estado en la producción de servicios de salud. No es raro encontrar en las discusiones sobre los sistemas contemporáneos de salud, una imagen que presenta a la intervención estatal como un fenómeno relativamente reciente y limitado a las sociedades avanzadas, "post-industriales" (véase, por ejemplo, Fucha, 1979). Sin embargo, la evidencia disponible no parece apoyar este punto de vista. La in. tervención del Estado en Europa se remonta a los siglos dieciocho y diecinueve (Rosen, 1972; Foucault, 1977). Además, a partir de la década de los cuarenta (yen algunos casos antes), el Estado también se ha convertido en el principal regulador y propietario de los recursos para la salud en la mayor parte de los países subdesarrollados. De hecho, algunos autores hablan de la "universalidad" de la intervención del Estado en la atención médica (Donnangelo, 1975:4). Al mismo tiempo, sin embargo, la naturaleza de la intervención varía en los distintos países: ha diferido en la forma de organización, en la cobertura de la población, en la extensión de los beneficios y en el grado de control sobre la producción de los servicios de salud.

E! siguiente análisis demostrará la necesidad de usar una perspectiva comparativa para desarrollar una teoría integral, que ayude a explicar los patrones mundiales de la intervención estatal en la atención a la salud. En la primera sección tratamos el problema básico de clasificar el fenómeno bajo estudio. En la segunda sección proponemos algunas vías hipotéticas de intervención estatal en la atención médica. De esta manera, esperamos identificar las formas en las cuales, en cuanto a intervención estatal se refiere, los países se vuelven más similares entre sí, así como las formas en las cuales éstos conservan sus diferencias o las incrementan. En la sección tercera y final mencionamos algunas de las variables más importantes, que pueden explicar por lo menos una parte de estos patrones de convergencia y divergencia entre grupos de países en diferentes niveles de desarrollo social, económimico y político.

A pesar del hecho de que la intervención del Estado en el sector salud comprende un amplio conjunto de actividades, la mayor parte de nuestra discusión se enfocará hacia los servicios personales de salud y, dentro de éstos, hacia los servicios médicos. Hacernos esto porque al comparar la atención médica con áreas tradicionales de intervención estatal, como la salud pública, se observa que aquélla ha ofrecido mayores oportunidades para considerar la legitimidad de la intervención estatal, para conciliar intereses en conflicto y para adoptar formas variables de intervención.

TIPOS DE INTERVENCION DEL ESTADO EN LAATENCION MEDICA

Esquemas Existentes de Clasificación

En vista de la amplia variación que caracteriza

a las formas de intervención gubernamental en asuntos médicos, no debe sorprendemos que la literatura sobre sistemas nacionales de salud contenga varios esquemas de clasificación basados en diferentes criterios. Una clasificación ampliamente utilizada distingue entre asistencia pública, seguro nacional de salud y servicio nacional de salud (Terris, 1978). Otra clasificación reconoce, además de los sistemas de "libre empresa", tres tipos principales de programas públicos: seguridad social, asistencia pública y servicio universal (Roemer, 1960). Field (1973) basa su análisis en cuatro "tipos ideales" de sistemas de salud: plural, seguro de salud, servicio de salud y socializado.

Tipologías como éstas, aunque útiles para propósitos de comparaciones amplias, engloban bajo una sola categoría sistemas totales de salud, que en muchos casos mezclan varios sectores o programas muy diferentes. Un ejemplo es el de muchos países de Latinoamérica, donde el gobierno posee y opera dos subsistemas distintos: asistencia pública para los' campesinos y los indigentes urbanos, y seguridad social principalmente para asalariados. En estos casos, con frecuencia es difícil determinar cuál de los dos subsistemas es dominante. Una caracterización sumaria de la totalidad del sistema es aún más difícil cuando, como sucede frecuentemente en estos países, el sistema de seguridad social se encuentra formado de diversas agencias para diferentes grupos ocupacionales (Roemer, 1975).

En resumen, muchas de las tipologías existentes consideran a los países en su totalidad como unidades de análisis. Los problemas que ello acarrea pueden resolverse si se basa la tipología en un nivel analítico de agregación inferior al del país entero. Utilizaremos el término "modalidad" de intervención estatal en la atención médica para referirnos a este nivel de análisis. Algunos países pueden tener una modalidad única de intervención estatal, pero la mayor parte de los sistemas de atención a la salud se caracterizan por la coexistencia de diversas modalidades de importancia variable. Por lo tanto, es posible describir el patrón nacional de intervención estatal en la atención médica mediante un perfil de modalidades.

Aunque proponemos un análisis más detallado, no consideramos "modalidad" como sinónimo de programa. Un programa específico de atención médica podría constituir el único vehículo organizacional como modalidad de la intervención estatal en un país; pero, de la misma manera, varios programas, cada uno dirigido por una agencia pública diferente, podrían constituir una sola modalidad en un país. En esta forma, las modalidades representan un nivel de análisis intermedio entre el macronivel de los sistemas totales de salud y el micronivel de los programas específicos.

Definición de Modalidades

Las modalidades se definen en base a uno o más atributos relevantes; la especificación precisa de estos atributos se convierte en el problema conceptual crucial al definir las modalidades y, en consecuencia, al desarrollar un esquema de clasificación, Las distintas opciones de atributos clasificatorios permanece

como tema de controversia en la literatura sohre la comparación entre sistemas de salud (Terris el *al.*, 1977; Glaser, 1970:12; Roerner, 1976:251; Roemer, 1978).

Nosotros proponemos, como guía para la clasificación, el trabajo de Johnson (1972), cn particular la noción de que la intervención estatal representa una forma de mediación entre los prestadores y los usuarios de los servicios médicos. El resultado es una tipología basada en dos dimensiones fundamentales. La primera, la forma de control estatal sobre la producción de servicios médicos, refleja la relación del Estado con los prestadores de los servicios. La segunda, las bases para la elegibilidad, indica la relación del Estado con los usuarios reales o potenciales. La figura 1 presenta la clasificación resultante de modalidades de intervención estatal en la atención médica.

Figura 1

TIPOLOGIA DE LAS MODALIDADES DE INTERVENCI0N DEL ESTADO EN LA ATENCION MEDICA

FORMA DE CONTROL ESTATAL	BASES PARA LA ELEGIBILIDAD		
	1. Ciudadanía	2. Contribución/privilegio	3. Pobreza
A. Propiedad concentrada	A 1. Servicio Nacional de Salud en la mayoría de los países socialistas; la mayor parte del Sistema Nacional de Salud en Suecia; atención hospitalaria en el Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña; atención hospitalaria en los esquemas de Seguro Nacional de Salud en Nueva Zelanda y en varios países de Europa Occidental.	A 2. Seguridad social en España; seguridad social en Venezue1a; seguridad social en India; atención médica para los militares en muchos países.	A 3. Asistencia pública en muchos países subdesarrollados no socialistas.
B. Propiedad diaperaa	BI.	,B 2. Seguridad social en México; sector de propiedad pública del gobierno federal de los Estados Unidos (Administración de Veteranos, Servicio de Salud para los Indios).	B 3. Asistencia pública en muchos países subdesarrollados no eocíalístaa; hospitales y clínicas municipales y estatales en los Estados Unidos.
C. Financiamiento	e 1. Seguro Nacional de Salud	e 2. Seguridad social en	e 3. Programa Medicaid

concentrado	en Canadá, Nueva Zelanda (atención ambulatoria), Francia (atención ambulatoria y parte de la atención hospitalaria); medicina general en el Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña.	Brasil; seguridad social en Líbano.	en los Estados Unidos.
D. Financiamiento disperso	D 1. Seguro Nacional de Salud en la República Federal Alemana, Austria, Suiza, Bélgica, Japón; seguro médico público para gastos catastróficos en los Países Bajos.	D 2. Seguridad social en Argentina; seguro médico público no catastrófico en los Países Bajos; sector de seguro médico público en los Estados Unidos (Medicare, CHAMPUS, Programa de Beneficios de Salud para los Empleados Federales).	D 3.

Forma de control estatal: relación con los productores

Con respecto a la primera dimensión, es necesario, como ha sugerido Abel Smith (1965), distinguir el control estatal de la simple regulación pública. Más aún, existen diferentes formas y grados de control estatal. Algunas veces, el Estado limita su participación al financiamiento de la atención, mientras que los proveedores actúan esencialmente como contratistas privados. En otras ocasiones, el Estado puede asumir la propiedad directa de las instalaciones para la atención de la salud, tomando a los médicos individuales como empleados del Estado (Teeling-Smith, 1965). En el primer caso, el gobierno es simplemente un comprador en el mercado de la atención médica; en el otro, es un productor. Manteniendo otros factores constantes, la propiedad significa un grado más alto de control estatal que el mero financiamiento.

Asimismo, es necesario tomar en cuenta la estructura administrativa a través de la cual el Estado compra o produce atención médica. En cualquier organización dada, el control administrativo puede medirse mediante varios indicadores. Para nuestros propósitos presentes, sin embargo, es suficiente indicar la totalidad del grado de control que el Estado puede ejercer a través de cada modalidad de intervención. Para esto, nosotros distinguimos aquéllas modalidades en las cuales el control estatal se concentra en una sola agencia o programa, de aquéllas en las que el control se dispersa entre varias agencias. La distinción es importante debido a que las modalidades concentradas significan un control estatal mayor que las dispersas. Existe, por supuesto, toda una gradación de situaciones intermedias entre estos dos extremos, pero hemos elegido simplificar la clasificación focalizando la división básica entre las expresiones administrativas concentrada y dispersa del control estatal.

La combinación de las dos expresiones de

control estatal (propiedad más financiamiento o solamente financiamiento) con los dos arreglos administrativos (control concentrado o disperso), crea las cuatro categorías de la primera dimensión de nuestra tipología, las Cuales se muestran en las hileras de la fígura L

Las bases para la elegibilidad: la relación con los consumidores

Con respecto a la segunda dimensión de la tipología, es posible identificar tres principios para establecer cuáles grupos de la población son seleccionables para recibir servicios médicos que son financiados o proporcionados directamente por el Estado. Como se indica en las columnas de la figura 1, estos tres principios son: a) ciudadanía, b) contribución/privilegio y c) pobreza.

De acuerdo a las definiciones modernas de ciudadanía, la elegibilidad basada en el primer principio incluye a toda o casi toda la población. De hecho, este principio deriva de la noción de que la atención médica es un derecho social, de modo que ni la contribución financiera ni el servicio previo al Estado ni la indigencia constituyen una condición necesaria para la elegibilidad. Hay, no obstante, una diferencia importante entre la elegibilidad potencial y la cobertura real de la población. Por lo tanto, la determinación de si una modalidad de intervención estatal pertenece o no a la categoría de elegibilidad basada en ciudadanía, debería ir más allá de las declaraciones oficiales e incluir también el grado real de cobertura. Se necesitaría algún criterio, por ejemplo, la inclusión de 85 ó 90 por ciento de la población, que hiciera posible acomodar aquellas situaciones en las cuales una modalidad se aproxima a la universalidad, pero no cubre el 100 por ciento de la población.

A diferencia de la ciudadanía, los dos principios de elegibilidad restantes son selectivos, es decir, no incluyen a toda la población. Más allá de esta similitud, existen diferencias conceptuales fundamentales entre los dos principios. En un caso, el Estado puede financiar o proporcionar servicios médicos a subgrupos particulares de la población, debido a que éstos han contribuido directamente para ese fin (como en los esquemas selectivos de seguros) y/o debido a que se les ha nombrado los beneficiarios privilegiados de la acción estatal (como las fuerzas armadas, los servidores públicos o ciertos trabajadores que ocupan una posición estratégica en la sociedad). Por otra parte, cuando la base para la selección es la pobreza, el Estado proporciona o financia los servicios médicos no como cuestión de privilegio, sino como una forma de asistencia precisamente a los grupos menos privilegiados de una sociedad. Consecuentemente, el establecimiento de incapacidad financiera se convierte en Una condición necesaria, aunque no siempre suficiente, para recibir servicios médicos.

Con las categorizaciones anteriores de las dos dimensiones, nuestra clasificación crea los doce tipos de modalidades que se muestran en la figura L

La utilidad de esta tipología puede apreciarse al examinar la selección ilustrativa de casos mostrados en la figura L Además de la obvia habilidad para clasificar modalidades de intervención estatal en cualquier momento dado, la tipología propuesta puede revelar

ciertos patrones mundiales. Vemos, por ejemplo, que no todas las modalidades son igualmente probables en la práctica. Hasta ahora, no hemos encontrado Casos de intervención estatal caracterizados por propiedad dispersa y por elegibilidad basada en la ciudadanía (celda BI en la figura 1). Esta ausencia muestra que las dimensiones de la tipología son interdependientes. Parecería, por ejemplo, que las condiciones políticas, ideológicas y económicas que permiten a un Estado encargarse del suministro directo de servicios a toda la población, son hostiles a la fragmentación del control entre múltiples agencias.

Otras dos modalidades muy poco frecuentes son aquéllas en las que el Estado limita su participación al solo financiamiento de los servicios médicos para los pobres. En una de ellas (D3) parece no haber ningún caso y en la otra (C3) el único caso actual está representado, hasta donde sabemos, por el "Programa Medicaid" en Estados Unidos. Tal escasez de casos puede reflejar el hecho de que, al tratar de subsidiar la asimilación de los pobres a la medicina privada, estas modalidades van en contra de la práctica común de proveer servicios médicos para los pobres a través de un sistema separado propiedad del Estado.

Aparte de aquellas modalidades que tradicionalmente no se han usado o se han usado raramente, existen otras que ahora son relativamente poco frecuentes, pero que en el pasado se encontraban COn regularidad. Por ejemplo, la compra de servicios para grupos limitados de población en base a contribución o privilegio (celdas C2 y D2 de la figura 1) era mucho más común de lo que es ahora, por lo menos en Europa. Los primeros programas de seguridad social en Europa podrían colocarse en estos segmentos de nuestra tipología, ya que estaban dirigidos solamente a asalariados que ganaban menos de un cierto nivel de ingresos y generalmente excluían a sus dependientes, así comO a los trabajadores independientes, a los campesinos, y a las clases media y alta (Starr, 1982:238). Con el tiempo, a través de extensiones sucesivas, la cobertura vino a ofrecerse en base a la sola ciudadanía.

Como lo muestran los ejemplos previos, nuestra tipología tiene la ventaja de describir situaciones (tales como las diferentes modalidades de seguridad social señaladas en la columna 2 de la figura 1), que generalmente no se distinguen en las clasificaciones más convencionales de los sistemas de atención médica. Además, nuestra tipología también incluye las categorías más convencionales, pero las contempla desde un punto de vista diferente. Por ejemplo, mientras que todos los casos en las modalidades CI y DI se agrupan ordinariamente bajo la amplia rúbrica de "seguro nacional de salud", nuestra clasificación permite útiles distinciones en la forma y grado de control estatal. Más aún, la tipología nos permite diferenciar y clasificar las diferentes modalidades de intervención estatal que pueden coexistir en un determinado país, proporcionando una imagen más completa que la que puede obtenerse con categorías únicas.

Otro aspecto importante de nuestro enfoque es que puede caracterizarse la totalidad de una nación en base a cuáles y cuántas modalidades existen dentro de ésta y su importancia rela-

tiva. De esta manera, pueden establecerse comparaciones entre naciones sobre la amplitud y naturaleza de la variación en la intervención del Estado. El procedimiento de clasificación y comparación puede llevarse a cabo para subdivisiones políticas más detalladas dentro de una nación.

TENDENCIAS EN LA INTERVENCION DEL ESTADO

Con algunos refinamientos adicionales, nuestra tipología puede usarse también para investigar regularidades en el desarrollo histórico de la intervención del Estado en la atención médica. Un enfoque para el estudio de las experiencias históricas de diferentes grupos de naciones es percibir la relación del Estado con los prestadores de la atención, por un lado, y con la población, por el otro, como un proceso dinámico. Para lograr esto, estas dos dimensiones deben conceptualizarse como variables continuas que caracterizan a un país en su totalidad.. El impacto total de la intervención estatal (incluyendo todas sus modalidades) puede representarse por medio de la proporción de la población que se encuentra cubierta por todos los programas públicos. De manera similar, el grado al cual el Estado controla los medios para producir los servicios médicos puede representarse mediante la proporción de todos los gastos de atención a la salud (públicos y privados) en que se incurre a través de las modalidades caracterizadas por propiedad estatal, esto es:

$$C = \frac{O}{O + F + P}$$

en donde:

C = grado de control estatal sobre la producción de servicios médicos.
O = gastos en atención médica a través de propiedad estatal.
F = gastos en atención médica a través de financiamiento estatal, sin propiedad.
P = gastos en atención médica sin participación estatal alguna.

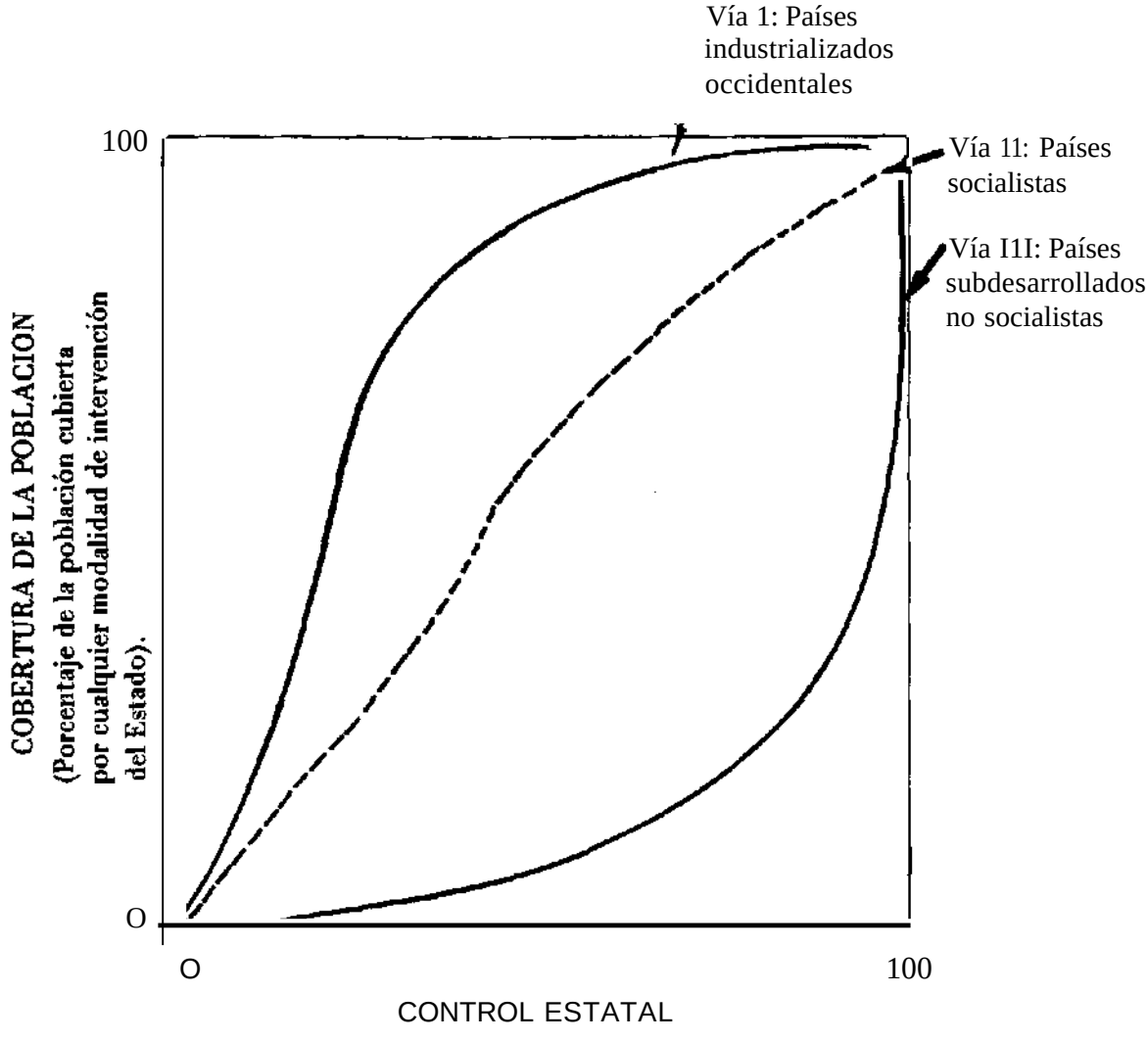
Vías de Intervención del Estado

Suponiendo que se dispone de la información necesaria, debe ser posible tratar el grado de control estatal y la cobertura de la población como variables continuas y trazar, para un país en particular, los cambios históricos de estos dos aspectos de la intervención estatal en la atención médica. Entonces, los países podrían agruparse de acuerdo a similitudes en sus desarrollos históricos. Para ilustrar este procedimiento, la figura 2 presenta tres vías hipotéticas de intervención estatal, las cuales podrían considerarse como una tipificación de los principales aspectos de diferentes experiencias históricas.

El propósito de la figura 2 es simplemente mostrar las variaciones en la forma en la que los distintos grupos de países se han desplazado a lo largo de las dos dimensiones señaladas, sin indicar la proporción en la que lo han hecho ni qué tan lejos han llegado. No debe suponerse que todos los países atravesarán, inevitablemente, toda la longitud de la vía en el futuro. Solamente las circunstancias históricas particulares de un país determinarán si éste se mueve hacia adelante y a qué velocidad.

Figura 2

VIAS DE INTERVENCION DEL ESTADO EN LA ATENCION MEDICA



(Porcentaje de todos los gastos en atención médica que se realizan a través de propiedad estatal).

La velocidad de progreso a lo largo de cada vía depende de factores locales y con frecuencia ha tenido lugar con discontinuidades y saltos. Esto es particularmente claro en el caso de muchos países socialistas, que han logrado rápidamente una cobertura universal y un control estatal pleno mediante actos de reforma totalizadores. Sin embargo, también es cierto que la mayor parte de los países de Europa Oriental ya tenían un sistema de seguridad social bien desarrollado cuando se transformaron en repúblicas socialistas y que la Unión Soviética instituyó un programa de seguro de salud antes de convertirse, en 1937, a una modalidad totalmente socializada (Glaser, 1970:20).

Muchos países de Europa Occidental han logrado un alto nivel de cobertura, pero han permanecído en niveles relativamente bajos de control estatal. Los únicos países que han atravesado la mayor parte de la vía 1 son Inglaterra y Suecia; esta última aun después de la promulgación en 1970 de la llamada Reforma de las Siete Coronas, la cual colocó a la mayoría de los médicos en un sistema salarial y eliminó la práctica privada dentro de los hospitales (Shenkin, 1973). No obstante, después de la elección de un gobierno conservador en 1976 fueron derogadas algunas partes de esta reforma (Biorck, 1977), indicando que es posible presentar un movimiento retrógrado a lo largo de una vía, aunque, como en el caso de Suecia, involucre solamente Una distancia relativamente pequeña. Los cambios que tuvieron lugar en Chile después del golpe de Estado de 1973 (Belmar el *ol.,* 1977; Stephen, 1979:345; Kritzer, 1981) representan un ejemplo más dramático de retroceso en la intervención estatal.

Al proporcionar contrastes palpables, los movimientos retrógrados como los citados pueden ayudarnos a elucidar los factores que influyen en el desarrollo de la intervención del Estado en la atención médica. En algunos casos, sin embargo, es difícil determinar si las políticas que reducen el grado de intervención estatal son simplemente desviaciones temporales de una amplia tendencia histórica hacia una intervención cada vez mayor o si, por el contrario, éstas representan un cambio emergente en la naturaleza de la relación entre el Estado y la institución médica. La distinción es particularmente importante en vista de los recientes intentos hechos por gobiernos conservadores, por ejemplo, en la Gran Bretaña y en los Estados Unidos, para reforzar el papel del sector privado en el ahastecimiento de servicios de salud (Relman, 1980; Pollitt, 1982; Vayda, 1983; Klein, 1984). El problema general, entonces, es que las vías no implican que sea inevitable la progresión hacia un aumento del control estatal y de la cobertura de la población ni tampoco que los movimientos a lo largo de una vía sean suaves y continuos.

Diferentes Patrones de **Desarrollo**

Las advertencias anteriores no deben impedir que apreciemos la utilidad potencial de la figura 2 para interpretar algunas tendencias fundamentales y para derivar generalizaciones que puedan ser sujetas a demostraciones empíricas. Nuestra formulación sugiere la existencia de muy distintos patrones de in-

tervención estatal, particularmente cuando son comparadas las vías 1 y m. La mayor parte de los países occidentales industrializados han tomado la vía J, aumentando primeramente la cobertura de su población, al tiempo que el Estado depende en gran medida del sector privado tanto para la entrega de servicios como para la administración de beneficios a través de las cajas de seguros. Aquí, las extensiones del control estatal directo más allá de las funciones de financiamiento se efectuaron sólo después de que un alto porcentaje de la población ya estaba cubierta. En términos generales, la vía BI, que representa la experiencia de los países subdesarrollados no socialistas, es casi una imagen en espejo de la vía l. Con pocas excepciones, la intervención estatal en estos países no se basó en el uso de recursos privados, éstos permanecieron como un sistema separado para proporcionar atención médica a las clases media y alta. En su lugar, el Estado creó su propia red de unidades y proveedores para el cuidado de sectores de la población relativamente pequeños, que tenían acceso al sistema público porque eran pobres, porque habían contribuido a un fondo especial o porque habían sido nombrados los beneficiarios privilegiados de la acción del Estado. Solamente después de que se estableció un sistema propiedad del Estado, estos países empezaron a extender la prestación de servicios a un sector más amplio de la población.

Aunque están basadas en una cantidad razonable de observaciones, las vías de intervención estatal propuestas deben considerarse sólo como hipotéticas. Sería necesaria una investigación empírica más detallada para determinar si estas vías verdaderamente reflejan las experiencias históricas de la intervención estatal. También tendríamos que identificar, como lo intentamos en la siguiente sección de este artículo, las principales variables que pueden ser responsables de las diferencias en las formas de intervención estatal en la atención médica.

DIVERGENCIA Y CONVERGENCIA EN LA ATENCION MEDICA: PRINCIPALES VARIABLES

Las vías de intervención del Estado parecen revelar la existencia de dos grupos de tendencias que operan en direcciones opuestas. POI un lado, existe una tendencia hacia el aumento del control estatal y a una mayor cobertutura de la población entre los grupos de países. A este respecto, los países parecen converger. es **decir, que se están volviendo más similares.** Por otra parte, diferentes países, al moverse por diferentes vías a diferentes velocidades, pueden dar la impresión, por lo menos durante un tiempo, de que permanecen diferentes o, más aún, que divergen. Tales diferencias se ven más claramente cuando se compara el patrón de modalidades entre dos o más países en cualquier momento, utilizando la tipología establecida en la primera parte de este artículo.

Ha existido un desacuerdo sustancial en la literatura sobre atención médica con respecto a cuál de estos dos procesos, convergencia o divergencia, es predominante; mientras que algunos autores (Field, 1973; Mechanic, 1975a, 1975b; Anderson, 1977) creen que existe una tendencia definida hacia la conver-

gencia, otros (por ejemplo, Elling, 1980:80-89) rechazan explícitamente este punto de vista.

Nuestro análisis sugiere, como se indica arriba, manifestaciones de convergencia y divergencia, más que un predominio definido de una de las dos. Si esto es así, necesitamos identificar aquellas variables que tienden a producir similitudes entre las experiencias históricas de varios países y aquéllas que tienden a producir diferencias. Al intentar hacer esto, habremos de postular que los Estados modernos, al mismo tiempo que se desarrollan en respuesta a fuerzas internas diferentes para cada uno, también forman parte de un "sistema mundial" que materialmente determina el carácter y el ritmo de desarrollo en todos los Estados, como también limita la autonomía de los procesos internos de cualquier sociedad considerada (Wallerstein, 1974; TilIy, 1975:601-638; Meyer et *al.*, 1975; Meyer y Hannan, 1979:12; Bergesen, 1980:5-7). Por lo tanto, postularemos que la razón principal de las crecientes similitudes entre los países en sus modalidades de intervención estatal en la atención médica, es la presencia penetrante de fuerzas en el "sistema mundial" que incluyen: los procesos de industrialización y urbanización, la emergencia de una "economía médica mundial" y el establecimiento de una ideología mundial de la modernidad.

Por lo que respecta a las diferencias persistentes entre Estados, postularemos que ellas resultan de las fuerzas internas que operan en los niveles económico, político e ideológico. Las .más importantes parecen ser: la estructura del mercado de atención médica, el sistema de representación de intereses y las normas prevalentes acerca de la legitimidad de los auspicios y la propiedad en el sector de atención a la salud.

Los alcances de este artículo no permiten una descripción detallada de los efectos de cada una de estas variables. Lo que presentamos a continuación, por lo tanto, es solamente una breve explicación que puede servir como guía para investigaciones futuras.

Convergencia: Un Enfoque Mundial de Sistemas

Industrialización y *urbanización*

El proceso de desarrollo en casi todo el mundo se acompaña de cambios económicos y políticos a gran escala, que incluyen un incremento en la dependencia de los trabajadores respecto a los mercados laborales y los salarios, la concentración de mano de obra en fábricas, el crecimiento de las ciudades, la propagación de la movilización política y la consolidación del poder del Estado. Existe un acuerdo ampliamente difundido sobre el papel crucial que juegan algunos de estos cambios, especialmente aquellos vinculados a la industrialización y la urbanización (Mechanic, 1975b), en estimular la intervención de los Estados nacionales en la atención médica. La fuerza que tiene este factor para promover la convergencia en el sistema mundial, puede apreciarse al considerar la forma en la cual muy diferentes patrones de industrialización y urbanización han conducido a esquemas de seguro social notablemente similares (Sigerist, 1943, Flora y Alber, 1981).

En términos de las dos dimensiones que subyacen a las vías propuestas de la intervención estatal, el avance de la industrialización ha tenido un impacto directo en la extensión de la cobertura a medida que sectores más amplios de la población han sido incorporados al sistema industrial de producción. Asimismo, en la medida en que la industrialización prepara el camino para el surgimiento de métodos aproxímadamente similares de financiamiento y organización de la atención médica, también tiende a producir convergencia en el grado de control estatál directo sobre la producción de los servicios médicos.

La economía médica mundial

Como ha señalado Mechanic (1975b), exíste **un** "mercado **internacional de conocimien**tos, tecnología y mano de obra" en el campo de la medicina, Está más allá de los alcances de este artículo el analizar las determinantes y la dinámica de los varios sectores de ese mercado, el cual incluye la difusión del conocimiento mediante congresos, revistas y libros de texto; la transferencia de la tecnología a través de compañías multinacionales farmacéuticas y de equipo médico, y la migración de personal médico facilitada por la estandarización de los programas de enseñanza. Cada uno de estos sectores tiende a crear, en todo el mundo, las condiciones para un modelo de trabajo médico basado en organizaciones complejas que, en la mayoría de los casos, sólo el Estado puede financiar y administrar. Aun al enfrentar patrones de enfermedad muy diferentes, prácticamente todos los Estados aceptan e implantan la medicina científica y la práctica de alta tecnología que deriva de ella. Casi en todas partes, los hospitales se han convertido en las organizaciones centrales de atención y los médicos se han vuelto los proveedores dominantes. En los vastos mercados creados por una economía médica mundial, el Estado ha debido asumir cada Vez más un papel conductor, pues ha sido el único actor con los recursos suficientes para ser un comprador efectivo o con el poder suficiente para controlar a los otros poderosos actores que conforman el sector privado internacional.

La ideología mundial de la modernidad

Este factor ha tendido a producir convergencia entre los países (Meyer, 1980). Así, la prestación de servicios mediante un complejo aparato estatal se ha convertido en una característica tanto de las sociedades avanzadas como de las subdesarrolladas. La existencia de un sistema de atención a la salud es ya parte de las instituciones de la modernidad y la participación del Estado en tal sistema es parte de la definición de un Estado-nación moderno.

Dos grupos de consideraciones han contribuido a legitimar la intervención estatal en la atención médica a escala mundial. El primero es la aceptación del derecho a la atención de la salud (Heckel y Cairns, 1985). E! segundo surge de una expansión de las funciones legítimas de la medicina, La medicina moderna proporciona sistemas de explicación y estrategias de acción, las cuales se presentan como' alternativas racionales a las

interpretaciones populares o moralistas de la experiencia.

Divergencia: Variables Internas

Estructura del mercado de atención médica

Las características estructurales del mercado para los servicios médicos inmediatamente antes de que se introduzca un programa gubernamental de salud, parecen limitar las opciones disponibles para ese programa. Como consecuencia, las diferencias en la estructura del mercado de atención médica entre los países son una fuente de diferencias correspondientes o divergencia en su forma de intervención estatal, aunque la intervención estatal por sí misma pueda alterar subsecuentemente la estructura del mercado en forma fundamental (Frenk *et al., 1980).* Así, una parte sustancial de la diferencia entre las vías 1 y 11 (figura 2) puede explicarse mediante diferencias en la estructura de los mercados de atención médica. Los países que se han desplazado a lo largo de la vía 1 comenzaron con una red de recursos privados bastante bien desarrollada; ellos fueron capaces de extender la cobertura rápidamente sin aumentar en gran medida el grado de control estatal directo. Por el contrario, la baja disponibilidad de recursos privados en países que han seguido la vía 1Il, significó que ellos fueron capaces de extender la cobertura sólo lentamente y mediante un alto grado de control estatal.

Sistema de representación de intereses

Desde el siglo diecinueve y más aún, desde el final de la Segunda Guerra Mundial, la atención médica se ha convertido en objeto de demandas políticas, negociación colectiva, programas partidarios y presiones grupales. Las formas de entrega de servicios de salud que han emergido del intercambio de estás fuerzas, han tomado su forma de los arreglos institucionales que los grupos organizados de la sociedad civil usan para negociar sus intereses con el Estado. Debido a que estos arreglos difieren de país a país, su principal efecto ha sido una contribución a la divergencia entre las modalidades y vías de la intervención estatal en la atención médica.

De entre los muchos arreglos institucionales que representan a los intereses políticos, el más relevante para nuestro análisis es el grado de representación corporativista de los varios grupos ocupacionales comprometidos en la producción de servicios médicos, en especial de los médicos. Utilizamos el término "corporativismo" en un sentido amplio, para referirnos a Un sistema de representación de intereses caracterizado por asociaciones ocupacionales jerárquicas y no competitivas, que representan los intereses de sus miembros a través de negociaciones directas con el Estado (Schmitter, 1979;]essop, 1979).

Como se muestra en la figura 3, proponemos que la habilidad de los médicos para amoldar los programas de atención a la salud según sus propios intereses, depende no solamente de la forma en la que ellos mismos están organizados, sino también de la naturaleza y de la fuerza de otras asociaciones. Los médicos son más poderosos cuando ellos mismos están organizados de una manera corpo-

rativista, mientras que sus competidores no lo están, y son menos poderosos cuando sus competidores están bien organizados mientras que ellos no lo están.

Figura 3

PODER DE LAS ASOCIACIONES PROFESIONALES DE ACUERDO A LOS MODOS DE REPRESENTACION DE INTERESES

		REPRESENTACION DE LOS MEDICOS	
		CORPORATISTA	NO CORPORATISTA
REPRESENTACION DE OTROS GRUPOS	Corporatista	Asociación profesional muy poderosa (p. ej., Estados Unidos).	Asociación profesional moderadamente débil, posiblemente compartida con trabajadores de la salud no médicos (p. ej., URSS).
	No corporatista	Asociación profesional moderadamente poderosa (p. ej., Suecia).	Asociación profesional muy débil o inexistente (p. ej., México).

Normas acerca de la legitimidad de auspicios y propiedad

Zald ha demostrado la importancia de las normas acerca de los auspicios y la propiedad para el control social de las industrias en general (Zald, 1978), y de los hospitales en particular (Zald y Hair, 1972). Las diferencias entre los países respecto a quién puede legítimamente poseer, operar o emplear los recursos requeridos para producir atención médica, pueden llegar a generar diferencias en las modalidades de intervención estatal en la atención a la salud, particularmente en el grado de control estatal directo. Una redefinición radical de las normas que gobiernan los auspicios y la propiedad, parece haber sido un elemento muy importante en el rápido aumento del control estatal entre los países socialistas. Así, una cantidad sustancial de la discrepancia entre las vías I y II puede explicarse por las diferencias en estas normas entre los dos grupos de países ÍD-volucrados.

CONCLUSION

Este artículo ha intentado proporcionar al-

gunas respuestas preliminares al llamado de Foucault para analizar el modelo de desarrollo médico, que subyace a la transformación histórica de la institución social de la medicina. En particular, hemos explorado un aspecto básico de ese modelo, a saber: el proceso de intervención estatal en la atención médica. Al hacerlo, hemos adoptado una perspectiva comparativa entre las naciones para sugerir algunas proposiciones que puedan contribuir al desarrollo de una teoría de la intervención del Estado en la atención médica. Los tipos, tendencias y variables aquí descritos, representan solamente el primer paso en esa dirección. Todavía es necesario determinar empíricamente el grado de precisión de la tipología, las formas reales de las vías propuestas, los verdaderos efectos de cada variable y la posible existencia de otros factores causales.

Una teoría completamente especificada sobre la intervención estatal en la atención médica tendría que ir más allá de nuestras hípótesis Con respecto al efecto separado de cada variable; se necesitan proposiciones acerca de las formas en las cuales ciertas interacciones específicas entre las variables determinan tendencias netas mundiales hacia la convergencia o la divergencia en diferentes momentos históricos.

El campo de la atención médica se encuentra todavía lejos de tener esta teoría completa de la intervención del Estado. Sin embargo, esta área de investigación ya ha sido beneficiada por varias tradiciones intelectuales, tanto dentro como fuera del campo de la salud. Existen todas las razones para creer que estas tradiciones continuarán ayudando al avance de nuestro entendimiento sobre un proceso que ha dado forma a lo que hoyes la medicina.

REFERENCIAS

Abel-Smith, B. "The major pattern of financing and organization of medical services that have emerged in other countries", in *Medical Care* 3:33-40. 1%5.

Anderson, O.W. *Health care: Can there be equity? The United States, Sweden and England.* New York, Wiley. 1972.

Anderson O.W. "Are national health service systems converging? Predictions for the United States", in *Annals* 01 *the American Academy* 01 *Political and Social Science* 434:24-38.1977.

Belmar, R. et. al. "Evaluation of Chíle's health care system, 1973-1976: A communique from health workers in Chile", in *lntemationol Iournol 01 Health Seroices* 7:531-540.1977.

Bergesen, A. (ed.). *Studies oIthe modern world system.* New York, Academic Press. 1980.

Biorck, G. "How to be a clinician in a socialist country", in *Annals 01 Intemal Medicine* 86:813-817.1977.

Donnangelo, M.C.F. *Medicina* e *sociedade:* O *medico* e *seu mercado de trabalho.* São Paulo, Livraria Pionera Editora. 1975.

EUing, R.H. *Cross-national study 01 health systems: political economies and health*

careo New Brunswick, New Jersey, Transaction Books. 1980.

Field, M.G. "The concepts oí the health system at the macrosociological level", in *Social Science and Medicine* 7:763-785. 1973.

Flora, P. and Alber, J. "Modernization, democratization, and the development oí welfare States in Western Europe", págs. 37-80, in Flora, P. and Heidenheimer, A.J. (eds.). *The development o] wel[are states in Europe and America.* New Brunkswick, New Jersey, Transaction Books. 1981.

Foucault, M. "La crisis de la medicina o la crisis de la antirnedicina", **en *Educación Médicay Salud*** 10:152-170.1976.

Foucault, M. "Historia de la medicalización", en *Educación Médica* y *Salud* 11:3·25. 1977.

Frenck, J.; Hernández-Llamas, H. y Alvarez-Klein, L. "El mercado de trabajo médico. **Evolución histórica en México", en *Gaceta Médica de México*** 116:265·284. 1980.

Fuchs, V.R. "Economics, health and post-industrial society", in *Milbank Memorial Fund Quartely/Health and Society 57:153-*182. 1979.

Glaser, W.A. *Paying the doctor: Systems o] remuneration and their e[[ects.* Baltimore, The Iohns Hopkins Press, 1970.

Heckel, N.I. y Cairns, G.S. "Disposiciones sobre la salud en las constituciones del mundo", en *Salud Pública de México 28:465-*472.1986.

Herzlich, C. "The evolution of relations between french physicians and the State from 1880 to 1980", in *Sociology o] Health and Illness* 4:241-253. 1982.

Iessop, R "Corporatism, parliamentarism and social democracy". Págs. 185-212, in Schmitter, P.C. and Lehmbruch, G. (eds). *Trends Toward Corporatist lntermediation.* Beverly Hills and London 6, Sage. 1979.

Iohnson, T.J. *Pro[essions and power.* London, Macmillan. 1972.

Klein, R. "The politics of ideology vs. the reality oí politics: The case oí Britain's National Health Service in the 1980s". in *Milbank Memorial Fund Quartely/ Health and Society* 62:82·109. 1984.

Kritzer, RE. "Chile changes social security", in *Social Security BuUetin* 44:33·37. 1981.

Mechanic, D. "Ideology, medical technology and health care organization in modern nations", in *American Iou mol o] Public Health* 65:241-247. 1975a.

Mechanic, D. "The comparative study oí health care delivery systems", in *Annual Review o] Sociology* 1:43-65. 1975b.

Meyer, J.W. "The world polity and the authority oí the nation-State". Págs. 109·137, in Bergesen, A. (ed.), *Studies o] the Modem World-System.* New York, Academic Press, 1980.

Meyer, J.W., Boli-Bennett, J. and Chase-Dunn, C. "Convergence and divergence in development", in *Annual Review o] Sociology* 1:223-246. 1975.

Meyer, J.W. and Hannan, M.T. (eds.), *National development and the world system: Educational, economic and political change, 1950-1970.* Chicago, University oí Chicago Press. 1979.

Pollitt, C. "Corporate rationalization oí american health care: A visitors appraisal", in *Ioumal o] Health Politics, Policy and Law* 7:227-253. 1982.

Relman, A.S. "The new medical-industrial

complex", in *New England Journal of Medicine* 303:963-970. 1980.

Roemer, M.1. "Health departaments and medical careo A world scannmg", m *American JournalofPublicHealth 50:154-160.1960.*

Roemer, M. 1. "Organizational issues relating to medical priorities in Latin America", in *Social Science and Medicine* 9:93·95. 1975.

Roemer, M.1. *Health care systems* in *world perspectiue.* Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1976.

Roemer, M.1. "Comments on case for a national health service", in *American Journal of Publich Health* 68:682-683. 1978.

Rosen, G. "The evolution of social medicine". Págs. 30-60, in Freeman, H.E., Levíne, S. and Reeder, L.G. (eds.). *Handbook of Medical Sociology* (2a. ed.), Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall. 1972.

Schmitter, P.C. "Still the century of corporatism?" Págs. 7-52, in Schmitter, P.C. and Lehmbruch, G. (eds.). *Trends Toward Corporatist Intermediation.* Beverly HilIs and London, Sage. 1979.

Shenkin, B.N. "Politics and medical care in Sweden: The seven crowns reform", *inNew England Jpurnal of Medicine 288:555-559.* 1973.

Sigerist, H.E. "From Bismarck to Beveridge: Developments and trends in social secutiry legislation", in *Bulletin of the History of Medicine* 8:365-388.)943.

Starr, P. "Medicine and the waning of professional sovereignty", in *Daedalus: Journal of the American Academy of Arts and Sciences* 107:175·193. 1978.

Starr, P. *The social transformation of american medicine.* New York, Basic Books. 1982.

Stephen, W.J. *An analysis of primary medical care: An international study.* Cambridge, Cambridge University Press. 1979.

Teeling-Smith, G. "Health services in Western *Europe",inMedical Care* 3:103-114.1965.

Terris, M. "The three world systems of medical careo Trends and prospects", in *American Ioumol of Public Health 68:1125-*1131. 1978.

Terris, M.; Cornely, P.R; Daniels, H.C. and Kerr, L.E. "The case for a national health service", in *American Journal of Public Health* 67:1183-1185. 1977.

Tilly, C. (ed.). *The formation of national States* in *Western Europe.* Princeton, Princeton University Press, 1975.

TilIy, C. *As sociology meets history.* New York, Academic Press, 1981.

Vayda, E. "Prívate practice in the United Kingdom", in *Journal of Public Health Policy* 4:222-234. 1983.

Wallerstein, 1. *The modern world-system: Capitalist agriculture and the origins of the european world-economy* in *the sixteenth century.* New York, Academic Press, 1974.

Zald, M.N. "00 the social control of industries", in *Social Forces* 57:57-102. 1978.

Zald, M.N. and Hair, F.D. "The social control of general hospitals". Págs. 51-81, in Georgopoulos, RS. (ed.), *Organization Research* on *Health Institutions.* Ann Arbor, Michigan, Institute for Social Research. 1972.

La administración de los servicios de salud en América Latina

BERNARDO RAMIREZ MINVIELLE

Muchos autores han utilizado el campo de la salud y la atención médica como un ejemplo de los rápidos y dramáticos cambios que vivimos actualmente, así como de las presiones y preocupaciones sociales, económicas y políticas que se manifiestan en el mundo y de manera especial en nuestros países latinoamericanos. Las instituciones públicas y privadas que son responsables de proporcionar servieios de atención a la salud, han sido confrontadas con temas relativos a calidad de la atención, accesibilidad, integralidad, equidad, costos y productividad de sus servicios, que en la mayoría de los casos se encuentran desarticulados y diversificados. Ante este escenario, la necesidad de personal entrenado en administración de los servicios de salud se ha vuelto crucial. La importancia que tienen los gerentes y administradores bien preparados para mejorar la utilización de los cada día más escasos recursos, ante la creciente demanda de servicios por parte de la población, ha sido identificada claramente. La administración de servicios de salud es una profesión que, de unos años a la fecha, ha sido reconocida de manera universal.

Al igual que muchas otras profesiones, la administración de servicios de salud es una actividad profesional relativamente nueva. Empezó enfocándose más hacia los hospitales y el primer programa universitario formal se estableció en 1936 en la Universidad de Chicago, en los Estados Unidos de Norteamérica. Anterior a este evento, la necesidad de este tipo de recursos humanos era cubierta con personal que provenía de las áreas clínicas de la salud o con profesionales del área dc salud pública, cuyo entrenamiento en administración y sus disciplinas afines era limitado.

En los Estados Unidos esta disciplina tomó auge rápidamente. Se realizaron en ese país tres estudios nacionales que sintetizan el desarrollo histórico en este campo. El primero

se realizó en 1944, el segundo en 1954 (el Informe Olsen] y el tercero en 1974 (el Informe Dixon). De estos tres estudios surgieron las principales directrices que marcaron el camino a seguir a los educadores en este campo. Entre las cuestiones que tradicionalmente se han planteado, destacan la complejidad del sistema de salud y atención médica, así como la necesidad de mejorar la organización y administración de estos sistemas; la definición del papel y la responsabilidad de la práctica de administración de salud; la relevancia y la calidad de la educación en administración de salud, y el proceso de lograr la articulación entre educación de salud, la práctica profesional y la comunidad.

En 1948 se constituyó la Asociación de Universidades con Programas en Administración de Salud (AUPHA) con siete programas existentes en ese momento. En el momento actual, en los Estados Unidos y Canadá existen noventa programas universitarios de posgrado y ciento cincuenta de pregrado, además de un gran número de cursos cortos y programas de educación continua ofrecidos por asociaciones de hospitales, instituciones educativas, y asociaciones y grupos de profesionales. En la esfera internacional, la asociación agrupa programas en más de treinta países; además, existen asociaciones regionales como la Asociación Europea (EAPHSS) que se estableció en 1979 y la Australiana (SHAPE) iniciada en 1985. De las demás regiones del mundo, es probablemente en América Latina y el Caribe en donde existe actualmente un **mayor número de cursos, aproximadamente** sesenta y ocho, identificados en dieciséis países.

América Latina no está constituida por un grupo de países homogéneos, es más bien un mosaico compuesto de grandes países con vastos recursos naturales y pequeños países con recursos muy limitados. Todos ellos comparten una historia con un pasado y cultura similares, y un presente caracterizado por presiones sociales, económicas y políticas, así como por una creciente demanda de servicios sociales y de salud. Las preocupaciones por la calidad, la accesibilidad y los costos de los servicios que a veces no es equitativa, también es compartida por la mayoría de los países de la región.

En la última década, en la mayoría de estos países se ha observado un incremento de la proporción que se dedica a la salud del total del presupuesto nacional. Esta cantidad en general, parece insuficiente; en parte por la gran demanda de servicios, pero en muchas ocasiones por la pobre e irracional administración de los recursos disponibles. Hemos atestiguado también el desarrollo y renovación de los sistemas de salud en varios países de la región. Intensos cambios en la legislación, la estructura y la adopción de estrategias como descentralización, modernización, participación comunitaria, atención primaria, privatización y coordinación sectorial y extrasectorial, constituyen un lenguaje que se escucha cada vez con más frecuencia en Brasil, México, Colombia, Perú, Argentina, Chile y otros más. Parte de esta dinámica se debe al estímulo de la Organización Mundial de la Salud y al compromiso de los países de lograr mejores condiciones de salud para el año 2000; pero, parte se debe también a las presiones sociales y políticas que se manifiestan al in-

terior de los países que paulatinamente alcanzan un grado mayor de desarrollo.

La administración de la salud por muchos años fue del dominio casi exclusivo de médicos y otro personal de los servicios clínicos; como en muchas otras regiones del mundo, quienes ocupaban estas posiciones administrativas eran, fundamentalmente, por el reconocimiento a su capacidad y responsabilidad en materia médica y técnica. Poco a poco, el tema de la administración de la salud empezó a aparecer en las escuelas de salud pública y en los departamentos de salud pública de las escuelas de medicina. Algunos cursos, que al principio se denominaron de administración sanitaria o de administración de hospitales, empezaron a incluirse en los curricula de las escuelas.

En 1951 se estableció en Latinoamérica el primer programa educativo específico de administración hospitalaria, en la Escuela de Salud Pública de Sao Paulo en Brasil. Siguiendo esta iniciativa, otras escuelas de salud pública iniciaron programas similares (Chile, Argentina, Perú, Venezuela, Colombia y México). El contenido curricular de administración y gerencia de servicios de salud, en la mayoría de estas escuelas, era muy descriptivo, conteniendo elementos de tipo procedimental, fundamentalmente.

Durante los años cincuentas, en la mayoría de los países de América Latina se desarrollaron nuevos centros hospitalarios, que para su época contenían elementos tecnológicos de alta sofisticación y que, además por su tamaño y magnitud de recursos, demandaron de personal con entrenamiento en las disciplinas administrativas. Varios programas de administración hospitalaria se desarrollaron a finales de los años cincuentas y a principios de los sesentas en asociaciones de hospitales, instituciones de seguridad social y en escuelas de medicina en Brasil, Chile, México y Venezuela. Muchos de estos programas eran de corta duración y de tiempo parcial, y tenían profesorado que consistía fundamentalmente de administradores que provenían de los servicios y que tenían experiencia práctica, pero que a la vez no habían recibido entrenamiento formal en las disciplinas administrativas.

En 1966, veintiséis educadores de diez países se reunieron en Bogotá, Colombia, para llevar a cabo la Primera Conferencia Latinoamericana de Educación en Administración Hospitalaria. Entre los participantes había profesores y directivos de ocho países latinoamericanos, de Canadá y de los Estados Unidos. Se enrontraron también representantes de varias agencias internacionales y de las instituciones organizadoras del evento: la AUPHA y la Federación Panamericana de Escuelas y Facultades de Medicina (FEPAFEM). Este evento y una gran parte de los desarrollos en este campo del conocimiento médico-administrativo en América Latina y en el mundo, han contado con el apoyo financiero de la Fundación W.K. Kellogg.

En 1977 se llevó a cabo el primer estudio integral para determinar la naturaleza, impacto y contenido de los cursos de administración de la salud en América Latina. Este estudio fue llevado a cabo por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y se identificaron cuarenta y cuatro programas en la región. Los programas eran de la más diversa índole, ya que se habían desarrollado en el transcurso

de los años sin seguir un patrón determinado, sino de acuerdo a las distintas modalidades e impulsos que hemos relatado en este documento, Entre los varios hallazgos resaltaron la falta de recursos de los programas, y su diseilo y desarrollo poco sistematizados. Como resultado de este estudio, en 1979 se inició un programa tendiente a estimular la generación de programas que tuvieran un enfoque innovador y avanzado en administración de los servicios de salud. A esta serie de iniciativas se les conoce con el nombre genérico de PROASAS, que quiere decir Programas Avanzados en Administración de Servicios de Salud.

Los objetivos de estos proyectos son: 1) Desarrollar un sistema efectivo de comunicación y de información, para promover la relación entre los diferentes programas de desarrollo de recursos humanos en administración de servicios de salud y las instituciones de salud; 2) Mejorar el proceso educativo y el contenido de los programas de administración de servicios de salud; 3) Establecer nuevos programas de administración de servicios de salud con enfoques innovativos, y desarrollarlos para que formen una red de centros regionales para el entrenamiento, la investigación y el intercambio de experiencias y servicios educativos, y 4) Promover las actividades de investígación en el área de la prestación de los servicios de salud como una herramienta de entrenamiento, con el propósito de desarrollar modelos alternativos e innovadores para la prestación de servicios de salud.

A partir de este proyecto PROASA empezaron a emerger nuevos programas, utilizando nuevos modelos con enfoques distintos a los tradicionales que hemos descrito hasta ahora. Se buscaron sedes diferentes en las instituciones educativas y en las universidades. Surgieron programas en escuelas de administración (Brasil, México y Chile); en departamentos de ingeniería de sistemas (Colombia); en deparo tamentos de salud comunitaria (Colombia y Perú); en escuelas de administración pública (Brasil y Costa Rica), y en escuelas de arquitectura y urbanismo (Argentina). Estos programas en general, buscaban un enfoque interdisciplinario en su profesorado, relaeionado a dos o más departamentos o escuelas en una misma universidad o en varias instituciones educativas. También se estimulaba la relación docencia-servicio, al hacer participar en estos consorcios a instituciones educativas y aquéllas, públicas o privadas, que proporcionaban servicios de salud.

Se trató que estos programas tuvieran un impacto en un número importante de alumnos, ya que si bien el problema de calidad era el principal objetivo no se podía dejar de lado el problema cuantitativo. Al finalizar el estudio que dio origen a estos nuevos programas, se determinó que el total de graduados de los cursos estudiados en la región, desde 1929 hasta 1975 (incluyendo graduados no sólo en administración, sino en salud pública), era de 12,513. La OPS ha calculado que existen en la región alrededor de 75,000 servicios públicos y privados de salud (centros de salud, hospitales, unidades de diagnóstico y tratamiento, etcétera); de éstos, alrededor de 15,000 son hospitales de diverso grado de complejidad. En estos hospitales se podría calcular, conservadoramente, alrededor de 80,000 posiciones, la mayoría de ellas ocupadas actualmente

por médicos y enfermeras, en las que se requiere algún nivel de conocimiento administrativo, ya que son posiciones de gerencia alta e intermedia, Si a esto agregamos el personal en las otras 50,000 unidades operativas, los números son abrumadores. Desde luego que no todo este personal requiere de entrenamiento en cursos formales de niveles de posgrado, aunque sí un buen número de ellos. La gran mayoría requiere de cursas de capacitación y de cursos cortos, para los cuales se deberán buscar enfoques acordes con los recursos tecnológicos disponibles en cada país. Se debe tomar en consideración, cada vez en mayor grado, el empleo de técnicas modernas dc educación de adultos y metodologías no tradicionales como cursos a distancia, de estudios independientes, etcétera. Para este número importante de personal, capacitado en cursos fomales o no, deberá pensarse en un sistema efectivo de educación continua que les permita mantener sus conocimientos actualizados.

La Red PROASA está constituida por diez programas que se encuentran ubicados en ocho países de América Latina. Existen varios programas más en la región que, aunque no son formalmente parte de la Red PROASA, principalmente por no disponer de recursos financieros específicos para este programa, se encuentran también ubicados en sedes no tradicionales o han desarrollado enfoques innovativos y son de alta calidad académica.

La interacción de esta red se puede ver desde dos perspectivas: una regional y otra nacional, considerando a cada programa en el país en que está ubicado. En cada país en donde existe un Programa PROASA, éste establece relaciones con otros programas de educación en administración de salud, procurando estimularlos a través de la colaboración e interacción con ellos. Asimismo, los PROASAS buscan la interacción con otros proyectos que sc desarrollan en los servicios y que también han sido financiados por la Fundación Kellogg, en áreas tales como: salud rural, medicina comunitaria, atención primaria de la salud, medicina familiar, enfermería y servicios dentales, así como con los servicios de salud nacionales públicos y privados.

En Latinoamérica han formado una red que intercambia experiencias, materiales educativos y docentes, generalmente a través de reuniones regionales, de publicaciones y con la ayuda de las organizaciones de apoyo regional. Como ejemplo de estas actividades regionales, se pueden mencionar diferentes reuniones para establecer grupos de trabajo que han seleccionado y traducido, cuando ha sido el caso, bibliografías y documentos que sirven de apoyo para el proceso de enseñanza-aprendizaje. También, estos grupos han trabajado en el mejoramiento del contenido curricular de los cursos y en seleccionar temas relevantes para la investigación de servicios de salud. Algunos de los temas que hasta ahora se han escogido para desarrollar, son : Teoría y comportamiento organizacional; evaluación y planificación de servicios de salud; economía de la salud; finanzas y control de costos; enseñanza de la epidemiología para administradores; investigación de operaciones y análisis de sistemas, y administración estratégica. En estas reuniones se determinó la clase de recursos humanos a formar, el grado de conocimientos necesarios y la duración de la capacitación. Los

resultados de estos seminarios fueron publicados y difundidos en revistas reconocidas.

En el momento actual, la diversidad de enfoques de la enseñanza de la administración de la salud es tan compleja y variada como lo son los propios servicios de salud. Aunque, numéricamente, siguen predominando los médicos y otro personal de salud en posiciones administrativas y de gerencia en los servicios, existe una buena cantidad de otros profesionales de disciplinas diferentes a las de la salud, como administradores públicos, administradores de empresas, ingenieros, abogados, economistas, sociólogos y arquitectos, que han enriquecido con su participación la teoría y la práctica de la administración de los servicios de salud. El antiguo, pero vigente debate, de si el administrador de salud debe ser un médico con conocimientos de administración o un administrador con conocimientos de salud no se ha dilucidado totalmente, pero en este proceso se ha logrado la intervención interdisciplinaria, logrando el enriquecimiento de esta área del saber.

Poco a poco, tanto los admistradores de empresas como los administradores públicos se han interesado en el campo de la salud. El campo de la salud es atractivo para el trabajo intelectual de los administradores, ya que ofrece retos que se derivan de su complejidad y de su rápido proceso de cambio. Presenta aspectos diferentes para el administrador de empresas y para el administrador público. Sin duda, las dos disciplinas hacen contribuciones importantes y tienen una aplicación racional en el campo de la salud.

Dentro de los distintos enfoques que tienen los sesenta y ocho programas educativos en administración de servicios de salud, que se encuentran actualmente en operación en América Latina, destacan para el interés de este artículo dos que se encuentran ubicados en escuelas de administración pública y que han establecido programas específicos de administración de servicios de salud. En Brasil, la Escuela Brasileña de Administración Pública (EBAP) y en Costa Rica, el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP).

Existen algunos otros, como el Instituto: Nacional de Administración Pública (INAP) de Guatemala que, aunque no tiene un programa de posgrado especial para el sector salud, sí promueve y acepta regularmente a alumnos del sector salud en sus cursos formales y ha realizado algunos cursos de capacitación específicos y más cortos para las instituciones del sector salud.

A continuación describiremos algunas de las características más importantes de estos cursos, con el objeto de proporcionar elementos para la reflexión en tomo a estas iniciativas.

El programa de la EBAP se denomina Programa de Estudios Avanzados en Administración Pública para el Sector Salud (PROASA) y se encuentra ubicada en la Fundación Getulio Vargas, en Río de Ianeiro, Brasil, e inició sus actividades en 1976. Sus objetivos son : 1) Capacitar a los recursos humanos que los organismos del sector salud necesitan para modernizar sus procesos y mecanismos administrativos, y 2) Realizar estudios e investigaciones sobre aspectos políticos, socio-económicos y administrativos de la problemática de salud de Brasil, con el propósito de su divulgación; pero, especialmente, para su aprovechamiento

en la formulación de la estrategia operacional del mencionado sector.

Desde su inicio se han impartido varios cursos dentro de este programa: 1) Un Curso de Maestría en Administración Pública, que se denominó Curso de Política y Administración de Salud. De 1976 a 1985 se graduaron 47 estudiantes. En el momento actual este curso sigue funcionando, pero el componente de salud se ha modificado y se ha integrado a un componente de organizaciones sociales con sólo un curso específico del sector salud; 2) Un Curso Intensivo de Posgraduación en Administración Pública, denominado Curso de Política de Salud, que se impartió en 1979 y 1980, Y en el que se graduaron 23 alumnos; 3) Un Curso de Especialización en Administración Pública para el Sector Salud, dirigido a técnicos, asesores o gerentes del sector de la administración pública brasileña, vinculados a la planeación y prestación de servicios de salud. Entre 1983 y 1985 se graduaron 34 estudiantes; 4) Un Curso Internacional en Política y Administración de Salud para América Latina y el Caribe, que se impartió de 1982 a 1984 con 61 egresados, y 5) Un Programa de Educación Continua, en donde se imparten seminarios o cursos especiales para instituciones que así lo solicitan. De 1976 a 1985 habían participado en estos cursos un total de 405 personas.

Se definieron nueve áreas de contenido para estos cursos, que son: 1) *Política* y *Administración* de *Salud*. Interacciones entre salud y desarrollo económico, político y social, a partir de una visión macro del concepto de salud; Naturaleza del Estado y los determinantes de su intervención a través de las políticas sociales; Modelos de formulación de políticas públicas; El papel de la administración pública en el contexto nacional y regional. 2) *Planeamiento* y *Programación de Salud*. Teoría del planeamiento social y sectorial; Técnicas alternativas de su aplicabilidad en determinados contextos sociales, económicos y políticos; Etapas de programación y criterios para la definición de objetivos. 3) *Organización de Sistemas de Salud*. Teoría de sistemas aplicada a los sistemas sociales; La organización sanitaria del país y su evolución; Instituciones gubernamentales y sus modalidades operacionales, Sistema Nacional de Salud: Sistema Integrado de Salud. 4) *Decisión* e *Información Gerencial*. Modelos decisorios; Elementos básicos del proceso decisorio: Papel de la información en este proceso; Diagnóstico y análisis de situaciones problema en sistemas decisorios de organizaciones vinculadas al sector salud. 5) *Planeamiento y Organización Integrada*. Planeamiento organizacional, basado en los parámetros de la teoría contemporánea de administración; Planeamiento organizacional estratégico: conceptos y prácticas; Planeamiento administrativo: implementación y gerencia. 6) *Análisis Organizacional: Modelos, Estmtegias y Contingencias*. Características estructurales, funcionales y comportamiento de las organizaciones de salud; Modelos de procesamiento de informaciones; Integración del individuo a la organización. 7) *Desarrollo Gerencial*. Modelos comparativos de **gerencia; Proceso creativo en la formulación** y la teoría de gerencia; Análisis prospectivo y adaptaeiones gerenciales de la evolución tecnológica en el contexto cultural y socio-político-económico **brasileño; Funciones del gerente;**

Competencias gerenciales: Desarrollo gerencial: Autodesarrollo: autoconcepto e imagen. 8) *Recursos Humanos.* Política de recursos humanos en el sector salud; VariabIes teórico-prácticas involucradas en la administración, en el desarrollo de recursos humanos y en la integración de sus funciones. 9) *Salud* y *Comunidad.* Medicina comunitaria y participa. ción; Conceptos y génesis: Participación en los programas de salud: Movimientos sociales urbanos: modelos de análisis, génesis, tipología y formas de organización; Propuestas del Estado y experiencias de participación comunitaria en los programas de salud; El papel del técnico en salud.

Por su parte, el Programa de Estudios Avanzados en Administración Pública para el Sector Salud que ofrece el ICAP en San José, Costa Rica, inició sus actividades en 1986. Aunque el ICAP tiene varios años funcionando y un bien ganado prestigio en Centro América, esta iniciativa específica hacia el sector salud no ha producido todavía sus primeros egresados.

Los objetivos de este programa son: 1) Formar administradores al nivel de maestría en administración de servicios de salud, que sean capaces de: a) diseñar políticas que conduzcan a la introducción de cambios administrativos profundos que se requieren en los servicios de salud, b) desempeñar actividades estratégicas de dirección en los sistemas de salud y c) constituir la base, en sus propios países, de un sistema regional de capacitación en administración de servicios de salud; 2) Capacitar personal clave en los sectores de salud en Centroamérica, 3) Realizar proyectos de investigación que incluyan aspectos políticos, económicos y de gestión en los problemas de salud en Centroamérica, y 4) Llevar a cabo actividades de información y de publicación acerca de los resultados de las investigaciones que se desarrollen dentro del programa, así como contribuir a la traducción y publicación de estudios sobre condiciones de salud y de administración de servicios de salud en otras regiones del mundo.

Para el logro de estos objetivos, el programa desarrolla las cinco actividades siguientes: 1) Formación de personal en administración de servicios de salud, mediante un programa de posgrado a nivel de maestría; 2) Capacitación intensiva en administración de servicios de salud a ejecutivos de instituciones públicas de salud; 3) Capacitación de administradores de nivel intermedio, mediante una combinación de cursos de educación a distancia y en salón de clases; 4) Investigación integrada entre profesores y estudiantes, y 5) Información y documentación por medio de publicaciones, y desarrollo y/o fortalecimiento de redes de información en administración de salud.

Las áreas académicas que se han desarrollado en el posgrado son: 1) *Administración Pública* y *Sociedad.* Política y administración pública; Estado y políticas públicas. 2) *Area Económica.* Economía I y 11. 3) *Métodos* y *Técnicas de Investigación.* Técnicas de investigación: Taller de técnicas de investigación en administración: Estadística. 4) *Teoría Administrativa.* Teoría de la organización I y 11; Políticas públicas; Toma de decisiones. 5) *Técnicas de Gestión.* Gestión pública; Administración y desarrollo de recursos humanos; Sistemas de información para la ges-

tión; Contabilidad y administración financiera; Preparación y gestión de programas y proyectos. 6) *Concentración en Areas Específicas* de *Políticas Públicas.* Tres cursos sobre aspectos sustantivos de la administración de salud; Un CUrso de profundización de una tecnología administrativa relevante en ese campo. 7) *Trabajo* de *Tesis.*

Como se puede apreciar por la descripción de los dos programas de administración de servicios de salud, que se están llevando a cabo en escuelas de administración publica en Latinoamérica, las áreas de desarrollo y la especificidad de las materias que ahí se imparten contribuyen al enriquecimiento de la administración de servicios de salud. Esto es especialmente relevante ya que, en la mayoría de los países de la región, el sistema de servicios de salud se sustenta en el sector público, a través de los ministerios de salud y de las instituciones de seguridad social. Se ha hecho especial énfasis en muchos foros que la salud es interdisciplinaria y debe ser abordada por equipos. Para el estudio de soluciones que contribuyan a mejorar los sistemas de salud y las políticas de salud, sin duda alguna que las escuelas y los profesionales de la administración publica tienen una gran contribución por hacer.

REFERENClASDOCUMENTALES

Asociación Colombiana de Escuelas y Facultades de Medicina (FEPAFEM) y Association of University Programs in Health Administration (AUPHA). *Conferencia latinoamericana sobre educación en administración de hospitales.* Memoria l. Bogotá, Colombia. 1966.

"Actividades de educación en administración de salud", en *Educación Médica y Salud.* Washington, D.C. Vol. 16. Nos. 1, 2 Y 4, 1982; Vol. 17. Nos. l y 2, 1983.

Análisis gerencial de los sistemas de salud. Publicación Científica No. 449. OMS/OPS, Washington, D.C. 1983.

Bobenrieth, M., J. Peña y J. Ortiz. *Estudio de 44 programas regulares de educación en administración de atención de la salud.* Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1977.

Dixon, J. *Summary of the report of the Commission on Education [or Health Administration.* Ann Arbor, Health Administration Press. 1974.

Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000. Séptimo informe sobre la situación sanitaria mundial. Región de las Américas. Volumen 3. OMS/OPS, Washington, D. C. 1986.

Evaluación de laspotencialidades delPROASA (Programa de Estudios Avanzados en Administración Pública para el Sector Salud). Escuela Brasileña de Administración Pú-' blica. Fundación Getulio Vargas. Río de Janeiro, Brasil. 1985. (Documento mimeografiado).

Evaluación de laspotencialidades delPROASA (Programa de Estudios Avanzados en Administración Pública para el Sector Salud).

Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), San josé, Costa Rica, 1985, (Documento mimeografiado), .

*Health services administration education 1987-*89, AUPHA Press. Arlington, Virginia, 1987,

Kisil, M, *Experiencias* en *la formación de recursos humanos para la administración de la salud,* Reunión Kellogg, Panamá, 1984. (Documento mimeografiado),

Novaes, H, M, Y Ferreira, j, R. "Adiestra-**miento en gerencia de servicios de salud".** en *Educación Médica y Salud,* Vol. 4. No, 4.1980,

Novaes, H. M. "Reorganízíng the latin american health sector: A contribution to education in the administration of health services", en *The Iournal of Health Administration Education.* Vol. I. No. 2. 1985.

Nuevos enfoques en *la enseñanza de la administración de la salud,* Serie Desarrollo de Recursos Humanos, No, 68. üPS, Washington, D, C. 1985.

Ramírez, B. *Building support networks: The heoltb administration education (PROASA) example.* International Health Economics and Management Conference. Munich, West Oermany, 1987. (Documento mimeografiado).

"Reunión del Comité Asesor del Programa de Educación en Administración de Salud en América Latina y el Caribe", en *Educación Médica y Salud.* Vol. 17, No, L 1983,

XII Reunión y Asamblea General de la Asociación Latinoamericana y del Caribe en *Educación* en *Salud Pública,* Serie Desarrollo de Recursos Humanos, No, 73, ÜPS, Washington, D. C. 1985.

Exposición de motivos de la Ley del Seguro Social de 1973

El incremento demográfico, la continua transformación de la sociedad y la creciente complejidad de las relaciones de trabajo hacen que el derecho a la seguridad social sea esencialmente dinámico. Debe evolucionar de acuerdo con las circunstancias, mejorando las prestaciones y ampliando constantemente la posibilidad de incorporar a sus beneficios a un número cada vez mayor de mexicanos.

Las sucesivas reformas que se han hecho a la ley han tenido el propósito de avanzar hacia una seguridad social que sea integral, en el doble sentido de mejorar la protección al núcleo de los trabajadores asegurados y de extenderla a grupos humanos no sujetos a relaciones de trabajo.

A pesar de los avances que durante treinta años se han conseguido en esta materia, en la actualidad sólo comprende a una cuarta parte de la población del país. Numerosos grupos que componen la sociedad mexicana no tienen capacidad suficiente para aportar su contribución a los actuales sistemas.

La seguridad social, como parte de esa política' precisa ampliarse y consolidarse no sólo por el imperativo de propiciar el bienestar de la comunidad, sino como exigencia económica, pues la redistribución de la riqueza que promueve no frena el crecimiento, sino por el contrario, lo impulsa de manera real y sostenida. Mientras el hombre no disponga de elementos para superar sus limitaciones materiales y culturales no podrá alcanzar su plena productividad.

El ejecutivo a mi cargo, consciente de que la seguridad social es una de las más sobresalientes conquistas de la revolución mexicana, tiene la firme decisión de proyectarla en tal forma, que su aprovechamiento no sea prerrogativa de una minoría, sino que llegue a abarcar a toda la población, inclusive a los núcleos marginados, sumamente urgidos de protección frente a los riesgos vitales. Es un deber profundamente humano de justicia y de solidaridad colectiva que se les procuren los servicios esenciales para mejorar su condición.

Consideramos que con la colaboración y el esfuerzo de los mexicanos, al establecer el marco jurídico propicio para acelerar el avance, se reducirá el tiempo para alcanzar la seguridad social integral en México.

Riesgos de Trabajo

La iniciativa no sólo sustituye la terminología tradicional de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por la de riesgos de trabajo, que cs la empleada por la vigente ley laboral, sino que amplía dicho concepto no restringiéndolo a trabajadores subordinados, para comprender a diversos sujetos de aseguramiento sobre la base de un riesgo **socialmente creado, cuyas consecuencias, una** vez realizado éste, deben ser socialmente compartidas. De esta manera, al darse un siniestro, el mecanismo de la solidaridad social auxilia y protege al ser humano afectado en su salud y en sus ingresos, ya sea un trabajador subordinado o independiente o bien un patrón individual.

Derecho a la Rehabilitación

Eliminación del plazo máximo de 72 semanas que señala la ley actual para disfrutar del subsidio en dinero, el cual se otorgará al asegurado en tanto no sea dado de alta o se declare su incapacidad permanente, parcial o total.

Aumento en la cuantía de las pensiones por incapacidad permanente total.

Aumento proporcional en las cuantías de las pensiones por incapacidad permanente parcial.

Finalmente, se introducen artículos que facultan al Instituto para proporcionar servicios de carácter preventivo, con objeto de reducir al máximo los riesgos de trabajo entre la población asegurada, coordinándose para este efecto con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Enfermedades y Maternidad

La iniciativa propone ampliar los servicios médicos a los hijos de los asegurados hasta los veintiún años de edad, siempre que realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional.

Asimismo, se amplía la protección para los hijos mayores de dieciséis años de los pensionados por invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada, hasta los veinticinco años si son estudiantes o sin límite de edad si se encuentran incapacitados, en tanto sigan disfrutando de las asignaciones familiares.

Se elimina la obligación de los pensionados de pagar la cuota del seguro de enfermedades y maternidad para disfrutar de las prestaciones relativas.

Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte

La iniciativa mejora las pensiones por invalidez, por vejez, por cesantía en edad avanzada y para los beneficiarios de los asegurados y pensionados fallecidos, sin elevar la prima que para el financiamiento de este ramo del seguro se estableció en la Ley de 1943 y que equivale al 6 por ciento de los salarios.

Igualmente, se introduce como reforma substancial a lo establecido en el artículo 86 de la ley actual, el disfrute simultáneo de pensiones de este ramo y del de riesgos de

trabajo, si se tuviere derecho a ambas, con la única limitación de que la suma de sus cuantías no exceda del ciento por ciento del salario mayor de los que sirvieron de base para el cálculo de las mismas.

Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio

La incorporación voluntaria al régimen obligatorio **constituye una significativa innovación,** ya que viene a crear el marco legal necesario para incorporar al Seguro Social a numerosos grupos y personas que hasta la fecha no han podido disfrutar de los beneficios que ofrece el sistema.

Seguros Facultativos y Adicionales

La iniciativa enriquece y perfecciona los seguros facultativos y adicionales. Con base en la contratación de los primeros, el Instituto podrá proporcionar prestaciones en especie en el ramo de enfermedades y maternidad a personas que no son sujetos de aseguramiento, así como a familiares de quienes sí lo son, pero que no están protegidos.

Servicios Sociales

A fin de brindar un mínimo de protección a aquellos grupos que hasta hoy han permanecido al margen del desarrollo nacional y que debido a su propia condición no tienen capacidad contributiva suficiente para incorporarse a los sistemas de aseguramiento ya existentes, la iniciativa instituye los servicios de solidaridad social que trascienden las formas tradicionales de seguros, mediante los cuales sólo reciben beneficios las personas capacitadas **para concurrir a su sostenimiento.**

Atendiendo a la calificación que de estos grupos haga el ejecutivo federal, el Instituto **proporcionará asistencia médica, farmacéutica** e incluso hospitalaria, conforme lo permitan sus recursos y las condiciones sociales y económicas de la región.

Exposición de motivos de la reforma al artículo 40. constitucional sobre el derecho a la protección a la salud. Diciembre de 1982

De entre los logros de la revolución más espectaculares se registran los avances de los regímenes de seguridad social.

Los servidores del Estado están protegidos por su propio sistema desde 1925, teniendo en la actualidad una cobertura de 2 millones de trabajadores y de 6 millones de derechohabientes. El Instituto Mexicano del Seguro Social en menos de 40 años ha ampliado su protección a 7 millones de trabajadores y a 26 millones de derechohahientes, sin mencionarse los servicios de solidaridad social.

Los miembros de las fuerzas armadas cuentan con su propio sistema de seguridad social, por el cual ellos y sus familiares reciben atención médica junto con otras prestaciones.

La justicia social como proyecto revolucionario, ha logrado alcanzar a la población abierta, que no disfruta de los sistemas de seguridad social, llevándoles servicios de salud a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en cumplimiento del mandato constitucional contenido en el propio artículo 73, fracción XVI.

Es innegable la correspondencia directa que existe cntre el mejoramiento de la salud, el bienestar de la población, la distribución del ingreso real, el empleo, el disfrute del tiempo libre que éste genera y el incremento de la productividad, que se da en el seno de las sociedades que buscan ser cada vez más igualitarias.

Por otro lado, nuestro nacionalismo revolucionario se afianza y nuestros afanes por democratizar integralmente a la nación se revitalizan, a través de la participación directa del pueblo por la vía de sus instituciones, que le dan fijeza al papel rector del Estado como garantc y promotor del bienestar popular.

El realismo con el que nos enfrentamos a los problemas de la nación y la convicción de que podemos acelerar la marcha de la revolución mexicana e imprimirle un mayor contenido social al proceso de cambio, nos conduce a plantear a esta soberanía la consagración

constitucional del derecho a la protección de la salud.

Este derecho es una vieja aspiración popular congruente con los propósitos de justicia social de nuestro régimen de convivencia y con los compromisos que en cuanto a derechos humanos, México ha asumido en la Organización de la Naciones Unidas y en la Organización de Estados Americanos desde hace décadas.

Si bien la garantía social que proponemos vendría a enriquecer el contenido programático de la Constitución de Querétaro, compendio supremo del proyecto nacional, por su naturaleza no implica esto que sea de cumplimiento automático; su efectividad no es propósito ingenuo y por ello inalcanzable. Por el contrario, los recursos que el Estado y la sociedad destinan a la salud, los recursos humanos formados en décadas de política educativa, el equipamiento y la infraestructura de salud acumulada y la madurez de las instituciones públicas que actúan en ese campo, muestran que es factible que en el mediano plazo los **mexicanos tengan acceso a servicios institucio**nales que contribuyan a la protección, restauración y mejoramiento de sus niveles de salud.

Siguiendo el camino de otras instituciones, se ha optado por la expresión "derecho a la protección de la salud", porque tiene el mérito de connotar que la salud es una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados. En particular, debe llamarse la atención de que sin la participación inteligente, informada, solidaria y activa de *los* interesados no es posible que se conserve, recupere e incremente la salud; en este campo no se puede actuar en contra de los deseos de los ciudadanos.

Sin embargo, el carácter social de este derecho impone a *los* poderes públicos un deber correlativo al que consideramos se puede hacer frente si existe solidaridad, responsabilidad pública, voluntad política y capacidad de ejecución. El sector público deberá poseer esos atributos para que el viejo y reiterado propósito de disponer de un Sistema Nacional de Salud sea una realidad.

El perfeccionamiento del Sistema Nacional de Planeación es condición para que el Sistema Nacional de Salud sea una realidad; la planeación nacional dispondrá los procedimientos indispensables a fin de que el programa de salud y los programas institucionales, cimentados en el Plan Nacional de Desarrollo, resulten compatibles y complementarios.

La iniciativa que presentamos a esta soberanía responde al propósito de revertir el proceso centralizador que desde principios de siglo se iniciara en materia de salud y que ha conducido a que la federación tome responsabilidades que recaen en las jurisdicciones local y municipal. El Código Sanitario ha desvirtuado el ámbito de la salubridad general que concibió el Constituyente de Querétaro y con los Convenios de Servicios Coordinados de Salud Pública se ha acabado recientemente con el carácter concurrente de la materia sanitaria.

Exposici6n de motivos de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Diciembre de 1983

C.C. Secretarios de la Cámara de Senadores
del H. Congreso de la Unión
Presente

Tal y como lo manifesté el primero de septiembre del año en curso ante vuestra sobera**nía, se dio inicio a un profundo proceso de** reorganización administrativa y financiera del lSSSTE con el propósito de darle solidez y mayor eficacia operativa en la prestación de sus servicios a los trabajadores del Estado. En apoyo dc dicho proceso he juzgado conveniente someter a su consideración la presente iniciativa de nueva Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Como respuesta a las demandas de la población recogidas durante mi campaña política como candidato a la presidencia dc la República, me comprometí a impedir que las con**diciones económicas adversas que prevalecían** en la nación deterioran los niveles de salud y seguridad social de los mexicanos y entre éstas destacan las de los servidores públicos, a **cuyo cargo está una de las tareas más** importantes que requiere el país en esta etapa de su devenir: la preservación y fortalecimiento de las instituciones nacionales.

Continuando nuestra tradición de avanzada en cuanto a la concepción y acciones de naturaleza social inscritas en la carta magna que nos rige, el ISSSTE requiere hoy de un nuevo marco jurídico que fortalezca la base legal de sus actos y lo prepare para enfrentar los retos del presente, pero sobre todo, que le permita allegarse los elementos humanos, físi-.cos, financieros y organizativos pertinentes para estar en condiciones de tutelar los requerimientos de una población derechohabiente **en constante crecimiento.**

En la base de la iniciativa de nueva ley se encuentra el concepto de solidaridad social, ya que se busca que los servidores públicos gocen por igual de ciertas prestaciones en especie sin distingos de nivel salarial o de antigüedad. Y en aquellos servicios que tienen

como referencia el salario, se definen prioridades, topes y límites que permiten mitigar las disparidades, buscando igualar las seguridades básicas en beneficio de los derechohabientes de menores ingresos.

Se pretende, entre otros aspectos fundamentales, establecer un régimen de seguridad social para los servidores públicos, un mejor esquema de prestaciones y una organización administrativa más moderna para el Instituto, que permita un manejo más ordenado de sus inversiones y reservas.

El esquema mencionado parte de una adecuada detección de las necesidades de los asegurados, Configura además un proceso de planeación participativa que permite la definición de propósitos, instrumentos y recursos para dar respuesta satisfactoria a las demandas de los trabajadores, contribuyendo así a alcanzar la sociedad igualitaria a que se aspira para todos los mexicanos.

Para elaborar la presente iniciativa, se tomaron en cuenta distintos estudios técnicos que permitieron definir y precisar tanto las necesidades como las posibilidades de mejoramiento y expansión de la seguridad social para los servidores públicos. En este proceso se ha tenido especial cuidado en garantizar los derechos adquiridos o por adquirir de los asegurados.

El proyecto de esta iniciativa se discutió ampliamente con la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y los derechohabientes. La coincidencia de sus planteamientos políticos y reivindicatorios reafirma la validez del sistema de consulta popular que ha impulsado mi gobierno y muestra la conciencia alcanzada por los servidores públicos para el perfeccionamiento de sus instituciones. La concepción de la seguridad social consagrada en esta iniciativa tiene profundas raíces sociales y corresponde a los verdaderos intereses y necesidades de la FSTSE y de los asegurados.

La iniciativa contempla cambios a la ley anterior, entre los cuales cabría destacar, por su importancia, los siguientes:

El Derecho a la Salud

Con el propósito de dar vigencia a la adición constitucional que eleva a garantía social el derecho a la protección de la salud, la presente iniciativa se adecúa a dicho enunciado, explicitando la pertenencia del ISSSTE al Sistema Nacional de Salud. Otorga prioridad a la aplicación de la medicina preventiva y busca una efectiva integración familiar y un mayor espíritu de productividad en los servidores públicos. Se incrementan los rubros relativos a la atención médica y se aprovechan al máximo los adelantos científicos y técnicos, además se le da una importancia fundamental a la rehabilitación.

Se aumenta la cobertura de beneficiarios, dando servicio a los hijos de asegurados hasta los 25 años, si acreditan ser estudiantes y no tener trabajo remunerado; a las madres solteras menores de 18 años, así como a los hijos de cualquiera de los miembros de la pareja que dependan económicamente de ellos.

En los casos que resulte necesario contratar servicios subrogados, se establece que se deberá dar preferencia a las propias instituciones del sector salud, otorgándose además facultades al Instituto para normar y vigilar la adecuada prestación de los servicios contratados.

Igualmente, se otorga una mayor protección a la salud de los pensionistas y a sus beneficiarios en igualdad de condiciones que a los servidores públicos en activo.

Riesgos del Trabajo

Se actualiza la terminología y se perfeccionan y amplían los conceptos de esta materia. Siendo la protección de los riesgos del trabajo una de las principales reivindicaciones dc los servidores públicos, se consolida su tutela jurídica desde la previsión hasta la rehabilitación. El Instituto absorbe la responsabilidad que sobre este renglón determina la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, que garantiza al servidor público en caso de accidente de trabajo o de una enfermedad derivada de la prestación de sus servicios, la continuación de una subsistencia digna y decorosa.

El diagnóstico tiende a precisar los alcances del riesgo consumado, a fin de que el asegurado quede protegido ante la existencia de consecuencias posteriores a su convalecencia. La rehabilitación procura una integración del trabajador a las condiciones más adecuadas, preparándolo mentalmente para actividades nuevas según su capacidad física. Se fijan indemnizaciones por una sola vez ante la inconveniencia de obtener una pensión por invalidez parcial.

Al fallecimiento de un trabajador como consecuencia de un riesgo del trabajo, se ampara totalmente al núcleo familiar, corno es el caso del concubinario, la divorciada que por orden de autoridad judicial disfruta de pensión alimenticia, los ascendientes y los hijos mayores de 18 años y menores de 25 que estudien y que no tengan trabajo remunerado.

Se le conceden atribuciones al Instituto para supervisar las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en las entidades y dependencias, a fin de establecer una coordinación para la prevención en riesgos de trabajo; en este concepto, la institución está facultada para recomendar las medidas que hagan efectiva la seguridad del servidor público.

Jubilaciones por Edad y Tiempo de Servicios, Invalidez, Muerte, Cesantía en Edad Avanzada e Indemnización Global

La pensión por invalidez comprende inhabilitación no solamente física, sino también mental. La indemnización global se aumenta en 45 y 90 días para los servidores públicos con 5 a 9 años de servicio y de io a 14, rcspectivamente, procurando de esta manera una indemnizaeión más justa y equitativa.

Prestaciones Sociales y Culturales

El Instituto procurará atender a las necesidades básicas del servidor público y su familia. a través de la prestación de servicios asistenciales que amplían las prestaeiones que buscan contribuir a mejorar su nivel de vida.

El Instituto habrá de proporcionar además, contando con la cooperación y apoyo de los trabajadores, servicios culturales, recreativo- y deportivos que tiendan a cuidar y fortalecer la salud mental y procurar la integración familiar y social del trabajador, así corno su desarrollo futuro, garantizando una mayor participación en el goce y disfrute dr- los servicios tendientes a superar su nive-l socio-cultural.

Régimen Voluntario

El título tercero del proyecto constituye una novedad, ya que establece la posibilidad de solicitar la continuación voluntaria en el régimen obligatorio de los seguros de enfermedad, maternidad y medicina *preventiva* a las personas que dejen de ser servidores públicos, mediante el pago de las cuotas correspondientes cuando hayan cotizado al Instituto cuando menos durante cinco años.

Asimismo, se posibilita la incorporación voluntaria, al régimen obligatorio, de las entidades de la administración pública de los estados y de los municipios, merced a convenios que el Instituto celebre con dichas entidades.

Exposición de motivos de la Ley General de Salud. Diciembre de 1983

El ejecutivo federal considera que precisamente en épocas de crisis económica es cuando debe hacerse un esfuerzo sostenido para que no se deterioren los programas de bienestar social, en particular los de salud, puesto que el pueblo, por la lentitud en la generación de empleo y por las presiones inflacionarias, se ve compelido a acudir al Estado para atender necesidades urgentes.

Si la crisis económica que está combatiendo la nación deteriora sensiblemente los niveles de salud y obstaculiza los avances que en ese terreno plantea la democracia, se darán efectos sociales y aun productivos desfavorables en el largo plazo, difiriéndose así de manera radical la sociedad igualitaria que postula nuestro régimen revolucionario.

Sólo la disciplina de la sociedad, el orden del aparato público, la solidaridad entre los mexicanos, la eficacia en la acción de todos, la alianza de voluntades, montado todo ello en la plataforma ideológica de la revolución y guiado por los lineamientos de la Constitución de Querétaro, será posible que el derecho a la protección de la salud goce cada día de mayor efectividad.

Cuando promovimos ante el Poder Constituyente Permanente el nuevo derecho social, señalamos que la salud no es tarea que únicamente corresponda al Estado, pues es campo en el que deben concurrir armónicamente los poderes públicos, la sociedad en su conjunto y los individuos interesados.

La salud no sólo es un valor biológico, sino que es un bien social y cultural que el Estado no puede proteger ni acrecentar ni restaurar sin la participación de la sociedad y del hombre en lo particular. En ese terreno, la libertad individual halla espacio muy amplio para sustraerse de normas tutelares y para hacer ineficaces dispositivos burocráticos.

La iniciativa que se presenta a consideración de la representación nacional responde al mandato que contiene el nuevo párrafo tercero del artículo 40. constitucional: define la naturaleza y alcance del derecho a la protec-

ción de la salud, así como las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud, y distribuye la competencia en materia de salubridad general entre la federación y las entidades federativas

El título primero de la iniciativa establece las finalidades del derecho a la protección de la salud; precisa y define el contenido básico de la salubridad general, y determina quiénes son las autoridades sanitarias, dentro de las que se encuentran los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo al del Departamento del Distrito Federal.

El título segundo desarrolla las bases fundamentales del Sistema Nacional de Salud, constituido por las distintas dependencias y entidades públicas de los tres niveles de gobierno y los sectores social y privado, y que se concibe como un conjunto de mecanismos de coordinación tendiente a dar cumplimiento al nuevo derecho social.

El título tercero señala que, atendiendo a la naturaleza de los servicios de salud, éstos se clasifican como sigue: de atención médica, de salud pública y de asistencia social, y contiene el lineamiento de que se extiendan cuantitativa y cualitativamente esos servicios en beneficio de los grupos vulnerables.

Con fines de eficacia y de equidad, para así evitar duplicidades y omisiones y mejorar la calidad básica de los servicios, se establece que éstos se estructurarán conforme a criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de servicios.

El título cuarto, denominado "recursos humanos para los servicios de salud", establece las bases para la adecuada vinculación entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las formadoras de recursos humanos, a efecto de racionalizar la formación de éstos a la luz de los requerimientos del Sistema Nacional de Salud. Con pleno respeto a la autonomía que el artículo 30. de la Constitución otorga a las instituciones de educación superior, se reglamenta la participación que en la formación de recursos humanos corresponde a las unidades aplicativas, quienes tradicionalmente han tenido a su cargo funciones de formación en servicio.

En el campo de la investigación para la salud, en el título quinto, la iniciativa busca promover nuevos métodos y mayores conocimientos para hacer más efectiva la prestación de servicios de salud. Por ello, y con absoluto respeto a los principios éticos, toma en consideración los adelantos científicos actuales y previene acciones que contribuyan a la investigación en materia de salud y las bases de acuerdo a las cuales deben desarrollarse.

En el título sexto de la iniciativa se contempla la información para la salud y las reglas para integrar las estadísticas de salud de conformidad con las Leyes de Planeación y de Información Estadística y Geográfica. Dichas estadísticas se refieren fundamentalmente a natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez; a los factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados con la salud, y a los recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud y a su utilización. Se pretende así consolidar un sistema nacional de información en salud de acuerdo a los criterios de carácter general de la Secretaría de Programación y Presupuesto y se establece también la forma de recopilación de la información que deberá procesar la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

El título séptimo establece que la promoción de la salud tiene por objeto crear y conservar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva. Así, las labores de promoción tienden a lograr la participación de la población del país, el cumplimiento voluntario de las obligaciones que impone la ley, el autocuidado de la salud y el cuidado de la salud de la sociedad.

El título octavo de la iniciativa otorga a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, entre otras facultades, la de dictar normas técnicas para la prevención de enfermedades y accidentes, establecer y operar un sistema de vigilancia epidemiológica y realizar los programas y actividades necesarias para llevar a cabo dicha prevención.

Asimismo, en el artículo 80. se enlistan las enfermedades transmisibles más frecuentes, las medidas necesarias para su prcvención y control, y la corresponsahilidad quc al efecto deben tener las autoridades no sanitarias, los profesionales de la salud y la población cn gencral.

La invalidez constituye un grave problema de salud pública. La iniciativa, en su título **noveno, propone tanto acciones de prevención** como de rehabilitación.

La asistencia social es recogida por primera vez por la legislación sanitaria. El título déci**mo reconoce la importancia estratégica de la** asistencia social y la señala como una de las finalidades básicas del Sistema Nacional de Salud. Es por ello que la iniciativa también rcglamenta el párrafo quinto del artículo 40. **constitucional.**

La legislación actual contempla únicamente los casos de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades transmi**sibles en el país; en cambio, la iniciativa, en** su título décimo primero, amplía esta acción a situaciones de emergencia o catástrofe que afecten al país y dentro de las posibles emergencias menciona el súbito deterioro del ambiente que ponga en peligro inminente a la población.

El título décimo segundo regula las adicciones que actúan más desfavorablemente sobre la salud pública: el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, el tabaquismo y la farmacodependencia.

En el título décimo tercero se establecen las normas relativas al control de alimentos, bebidas no alcohólicas, bebidas alcohólicas, **medicamentos, prótesis,** órtesis, **ayudas** funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos, de perfumería, belleza y aseo, tabaco, plaguicidas, fertili**zantes y substancias tóxicas, así como a su** importación y exportación.

El título décimo cuarto de la iniciativa sistematiza y complementa las disposiciones relativas a publicidad relativa a salud del ser humano y, en particular, al tratamiento de enfermedades, a la rehabilitación de los inválidos, al ejercicio de las disciplinas de la salud y a los productos y servicios regidos por la ley, sin perjuicio de las facultades que al respecto tienen las Secretarías de Gobernación, Educación Pública, Comercio y Fomento Industrial, Comunicaciones y Transportes y otras dependencias del ejecutivo federal.

El título décimo quinto cumple, desde el punto de vista normativo, la importante fun-

cion de garantizar de manera clara y expresa los derechos de los gobernados relativos a la disposición del cuerpo humano, desarrollando así lo que la doctrina denomina derechos de la personalidad, cn los aspectos que inciden en el derecho sanitario y estableciendo, desde luego, la necesaria seguridad junriica que la persona humana requiere. Así, se hace compatihle dicha seguridad con las necesidades sanitarias.

La iniciativa, en su título décimo séptimo, establece el concepto de autorización sanitaria y su regulación. Al respecto, y respetando la concurrencia entre la federación y las entidades federativas, dicha iniciativa establece que las autorizaciones se otorgarán por ambas en el ámbito de sus respectivas competencias y los casos en que se requiere licencia, permiso, registro y, cuando la autoridad sanitaria lo determine, tarjeta de control sanitario.

La iniciativa, en su título décimo octavo, norma las medidas de seguridad, las sanciones y los delitos.

El título décimo noveno establece cuáles son las medidas de seguridad y se regulan sus alcances. Se entiende que esas medidas son las disposiciones de inmediata ejecución que dicta la autoridad sanitaria competente, debidamente fundadas y motivadas, y destinadas a proteger la salud de la población. Estas medidas de seguridad se aplicarán sin perjuicio de las sanciones que, en su caso, procedan.

Exposición de motivos de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. Diciembre de 1985

El ejecutivo federal a mi cargo, en uso de la facultad que le confiere el artículo 71, fracción 1, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, envía a esa representación nacional la iniciativa de Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social que tiene la finalidad de regular, en lo relativo a la asistencia social, el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, en los términos del tercer párrafo del artículo 40. constitucional.

La nueva garantía social elevada a rango constitucional mediante la adición del párrafo tercero del artículo 40. de la ley fundamental, consagra el reconocimiento de que la salud es un bien social, en cuya protección deben participar el Estado, la sociedad y los diversos sectores que organizadamente la componen.

El otorgamiento de esa nueva garantía social confía a los poderes públicos la responsabilidad de adoptar las medidas indispensables para que se avance con celeridad en su proceso de cumplimiento. La naturaleza programática del derecho a la protección de la salud es un lineamiento del poder revisor que no puede ser desatendido por el Estado cuando programa su actividad y asigna sus recursos.

El Plan Nacional de Desarrollo ha señalado que la salud es una de las prioridades del desarrollo social.

La salud debe Verse en forma integral no sólo desde el punto de vista biológico, sino que se debe contemplar tornando en cuenta los factores socioconómicos y culturales que inciden en ella y que es deber del Estado y la comunidad atender o suprimir cuando afecten al desarrollo de las potencialidades del Ser humano.

Es necesario proscribir toda discriminación o privilegio que impida a determinadas personas o grupos sociales el disfrute de una vida plena. No puede hablarse de una sociedad sana cuando hay grupos de población que no disfrutan realmente de salud.

El desarrollo desigual que r.aructcrizu a los países en proceso de crecimiento tomo el

nuestro, provoca la formación de grupos sociales con mayor grado de vulnerabilidad y menores posibilidades de ingreso y mantenimiento autónomo en el concierto social.

Estos grupos están preferentemente constituidos por menores y ancianos en situación de desamparo, minusválidos y personas carentes de recursos socioeconórnicos, que requieren de diversas clases de protección a fin de evitar los riesgos a que están expuestos e incorporarlos a una vida más útil para sí mismos y para su comunidad.

El Estado mexicano tiene precisamente la obligación, en cumplimiento del mandato del Constituyente Permanente, de proteger a los grupos más débiles de la sociedad de los riesgos que traen consigo las circunstancias socioeconómicas, sanitarias y culturales adversas y para ello es indispensable ofrecer condiciones de satisfacer plenamente sus necesidades.

La asistencia social adquirió relevancia a partir de la promulgación de la Ley General de Salud, recibiendo el carácter de servicio básico de salud, se reconoció como una de las tareas de interés prioritario a cargo del Estado y la comunidad, y fue agrupada entre las materias de salubridad general por primera vez en la historia de la legislación sanitaria mexicana. Su regulación sustantiva recibió claridad y orden al sistematizarse en un solo cuerpo normativo de aplicación en todo el territorio nacional.

De tal suerte, se transforma radicalmente el perfil de la asistencia social en nuestro país. La realización de las acciones asistenciales adquiere, desde el punto de vista constitucional y legal, una dimensión programática como obligación del Estado de establecer las condiciones para que los grupos más necesitados de la población gocen progresivamente de los satisfactores que aseguren el pleno ejercicio de su derecho a la protección de la salud. El Estado queda comprometido a proporcionar en forma sistemática servicios de asistencía social y a normar, promover y coordinar los que brinden los sectores social y privado.

Históricamente, la asistencia social en México estaba ligada a instituciones que desarrollaban las acciones respectivas sin un marco jurídico apropiado y atendiendo primordialmente a motivos ideológicos, éticos o religiosos y no como debiera ser, en función de las necesidades propias de los grupos protegidos. Es así que el Estado no interviene para dar claridad y coherencia a la labor asistencial hasta mediados del siglo XIX, cuando a causa de la reforma liberal se expide en 1861 el Decreto de Secularización de Establecimientos de Beneficencia, colocando a las instituciones asistenciales bajo la inspección inmediata de la autoridad pública, la cual debía cuidar que dichos establecimientos fueran correctamente administrados y manejaran sus fondos con atingencia. Sin embargo, las obligaciones asistenciales del Estado se reducían a una simple labor de vigilancia administrativa de los establecimientos fundados por particulares.

Asimismo, por no considerarse servicios de salud de interés general no se incluyó a la asistencia social como materia de salubridad general y su regulación y operación correspondía íntegramente a los gobiernos de las entidades federativas, por lo que no fue normada en los códigos sanitarios federales expedidos de 1891 a 1973.

En cumplimiento de los postulados del Plan

Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Salud 1984-1988 contempla diversos instrumentos de acción específicos para fortalecer la asistencia social.

Por tanto, estamos en presencia de un cambio de valoración de la asistencia social en lo jurídico y en lo político. La asistencia social es ahora una de las responsabilidades prioritarias del Estado y la sociedad, y constituye uno de los tres tipos básicos de servicios de salud que contempla la Ley General de Salud.

La asistencia social se divide así en dos grandes campos de acción. Por una parte, la protección de los individuos y grupos más débiles de la sociedad y, por la otra, la realizacion de labores de fomento dc la integración familiar y comunitaria en las cuales se tiene el propósito de abatir los índices de marginación a través de una acción educativa y orientadora.

La iniciativa que se eleva a la consideración de la representación nacional tiene precisamente por objeto fijar dichas bases para la promoción y prestación sistemática de los servicios de asistencia social, reglamentando en esta materia el derecho a la protección de la salud, consagrado por el artículo 40. constitucional, como garantía social de carácter programático.

Convenio, bases y criterios para la homologación salarial y funcional del personal de las ramas médicas, paramédicas y grupos afines que se rigen por el apartado B del artículo 123 constitucional, 1985-1986

Convenio que celebran la Secretaría de Programación y Presupuesto; la Secretaría de Salud, en su calidad de coordinadora del sector salud; el Departamento del Distrito Federal; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, con objeto de lograr la homologación de los sueldos tabulares del personal de las ramas médica, paramédica y grupos afines que no desempeñen funciones de carácter administrativo y que se rigen por el apartado B del artículo 123 constitucional.

DECLARACIONES

1. La Secretaría de Programación y Presupuesto, que en lo sucesivo se denominará la secretaría, declara que es la dependencia del ejecutivo competente, de conformidad con la legislación vigente, para autorizar los movimientos administrativos y presupuestarios necesarios para el cumplimiento de los compromisos que se derivan de este convenio.

2. La Secretaría de Salud, que en lo sucesivo se denominará la coordinadora, declara que es la dependencia del poder ejecutivo competente, de conformidad con la legislación vigente, para solicitar a la Secretaría de Programación y Presupuesto el cumplimiento de los términos del presente convenio.

3. El Departamento del Distrito Federal, que en lo sucesivo se denominará el departamento, declara que es la dependencia del ejecutivo con competencia legal para suscribir los términos del presente convenio.

4. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y los Institutos Nacionales de Salud, que en lo sucesivo se denominarán los institutos, declaran ser organismos con personalidad jurídica y patrimonio propios, coordinados programáticamente por la Secretaría de Salud.

en lo que a servicios de salud se refiere, cuyas funciones se encuentran establecidas en las leyes y reglamentos relativos.

5. La Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, que en lo sucesivo se denominará la FSTSE, declara que es el organismo de conformidad con la legislación vigente, que representa conjuntamente con los sindicatos respectivos a los trabajadores de base al servicio del Estado, regulados por el apartado B del articulo 123 constitucional.

6. La secretaría, la coordinadora, el deparo tamento, los institutos y la FSTSE declaran que el presente convenio se sustenta en los planteamientos enmarcados tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en el Programa Nacional de Salud, teniendo como objetivos los siguientes:

- Lograr la homologación de sueldos tabulares para el personal médico, paramédico y gr.,pos afines, que no desempeñen funciones de carácter administrativo en las instituciones del sector salud y del Departamento del Distrito Federal, que se rigen por el apartado B del articulo 123 constitucional.
- Formular un subsistema de sueldos tabulares que coadyuve a elevar la calidad de los servicios que proporcionan las instituciones del sector salud y del Departamento del Distrito Federal, al mismo tiempo que motive el desarrollo profesional en las ramas médica, paramédica y grupos afines.
- Definir una estructura que clasifique al personal mencionado en diversos puestos de acuerdo a los requisitos, funciones, responsabilidades y sueldos tabulares asigna. dos por la secretaría.
- Implantar en los términos de la ley un catálogo de puestos y tabulador de sueldos adecuado y uniforme para el personal del sector salud a que se viene haciendo referencia, al tenor de las siguientes

CLAUSULAS

Primero. Las partes se comprometen a hornologar los puestos y los sueldos tabulares con base en las funciones, requisitos y elementos contemplados en los profesiogramas establecidos para el personal médico, paramédico y grupos afines que no desempeñen funciones de carácter administrativo de la coordinadora, el departamento y los institutos, cuyas relaciones jurídico-laborales se rigen por la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado B del artículo 123 constitucional, en un proceso que se efectuará a partir del 1o. de julio de 1985 de acuerdo al tabulador que para estos efectos tiene el gobierno federal.

Segunda. Las partes convienen en que a partir del 1o. de julio de 1985 se otorgue un incremento del 12 por ciento en promedio a los sueldos tabuladores de los puestos de las ramas médica, paramédica y grupos afines que no desempeñen funciones de carácter administrativo, con el objeto de reducir las diferencias salariales en relación a los niveles más elevados vigentes a la fecha para puestos similares en el sector salud, tomando como referencia para este efecto los sueldos tabuladores del Instituto Mexicano del Seguro Social, sin perjuicio de que se les otorguen los incrementos de carácter general que acuerde el ejecutivo federal.

Tercera. Queda convenido que la homologación salarial para el personal del sector salud

que nos ocupa, quedará totalmente integrada a partir de enero de 1986, debiendo pagarse las correspondientes diferencias en los términos de la cláusula anterior.

Cuarta. Se conviene que en la homologa**ción salarial motivo del presente convenio, no** se comprenden prestaciones distintas a las derivadas de la Ley Federal dc los Trabajadores al Servicio del Estado.

Quinta. Las partes convienen en que en el mes de enero de cada año a partir de 1987, se **actualizará en caso de existir diferencias de** sueldo, la homologación motivo del presente convenio en lostérminos de su cláusula segunda.

Sexta. En virtud de que los internos y los pasantes no son sujetos de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, las partes están de acuerdo en que no les es aplicable el presente convenio.

Séptima. El presente convenio podrá ser sujeto a adelantos de aplicación con base en las disposiciones del ejecutivo federal relacionadas con los procesos de descentralización de los servicios de salud en las entidades federativas y las presupuestales que dicte la secreta**ría; sin embargo, en ningún caso serán en** menoscabo del sueldo tabular y/o de las condiciones laborales de los trabajadores.

Octava. Las partes convienen en instrumentar lo necesario para que los puestos de las ramas médica, paramédica y grupos afines que no desempeñen funciones de carácter admini**strativo, sean idénticos en salario por hora en** la coordinadora, el departamento y los institutos, realizando funciones equivalentes y cumpliendo requisitos de ingreso y de desempeño semejantes a partir del 10. de julio de 1985. Asimismo, será necesario que exista compatibilidad de empleos y el cumplimiento de la jornada de trabajo con excepción de los casos en que en forma simultánea al desempeño de las funciones sustantivas, se ejercite una actividad de enseñanza profesiona! en el mismo centro de trabajo.

Novena. **Será responsabilidad de la coordi**nadora, el departamento y los institutos desarrollar programas de superación profesional y técnica de los trabajadores.

Décima. La coordinadora y el departamento serán responsables de comunicar oportunamente los sueldos tabulares asignados al personal de las ramas médica, paramédica y grupos afines que no desempeñen funciones de carácter administrativo, previa autorización de la **secretaría.**

Décima primera. La erogación que implica **la ej.ecución de este convenio, específicamen**te para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el Departamento del Distrito Federal, será cubierta con los recursos de su presupuesto autorizado para el ejercicio correspondiente.

Décima segunda. Las partes convienen que la denominación de los puestos y su repercusión a los tabuladores será idéntica en la coordinadora, el departamento y los institutos.

Décima tercera. La secretaría estará facultada para dictar las normas de carácter administrativo requeridas para la aplicación del **presente convenio.**

Décima cuarta. La vigencia del presente convenio será a partir del 10. de julio de 1985 hasta el logro de los objetivos planteados.

Dado en la ciudad de México, Distrito Federal, a los veintiocho días del mes de junio de mil novecientos ochenta y cinco.

Secretaría de Programación y Presupuesto.

Lic. Carlos Salinas de Gortari, rúbrica; Secretaría de Salud. Dr. Guillermo Soberón Acevedo, rúbrica; Departamento del D.F. C.P. Ramón Aguirre Velázquez, rúbrica; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Dr. Alejandro Carrillo Castro, rúbrica, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Dr. Leobardo C. Ruiz Pérez, rúbrica; Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado. Lic. Manuel Germán Parra P., rúbrica; Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Ing. Federico Granja Riealde, rúbrica; Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Dr. Rodolfo Mario Campos Bravo, rúbrica; Sindicato Unico de Trabajadores del Gobierno del Distrito Federal. Lic. Rafael de Jesús Lozano Contreras, rúbrica; Sindicato Nacional de Trabajadores del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Prof. Francisco Aguilar Ordóñez, rúbrica.

Bases y criterios que para la aplicación en 1986 del proceso de homologación salarial y funcional del personal de la rama médica, paramédica y grupos afines que se rigen por el apartado B del artículo 123 constitucional, definen la Secretaría de Programación y Presupuesto; la Secretaría de Salud, en su calidad de coordinadora del sector salud; el Departamento del Distrito Federal; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y los sindicatos correspondientes

CONSIDERACIONES GENERALES

1. El 28 de junio de 1985 se suscribió el convenio cuyo objeto es lograr la homologación de los sueldos tabulares del personal de la rama médica, paramédica y grupos afines que se rigen por el apartado B del artículo 123 constitucional. En dicho convenio, las partes se comprometieron a homologar los puestos y los sueldos tabulares de esta rama con base en las funciones, requisitos y elementos contemplados en los profesiogramas establecidos, en un proceso gradual a partir del 10. de julio de 1985, fecha en la cual se otorgó un incremento del 12 por ciento en promedio a los sueldos, con el objeto de reducir las diferencias salariales en relación a los niveles más elevados vigentes a la fecha para puestos similares en el sector salud, tomando como referencia para este efecto los sueldos tabulares del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. El programa de homologación salarial y funcional responde a una demanda reiterada de la FSTSE y de los sindicatos respectivos, para lograr la equidad e igualdad en sueldos tabulares y funciones en el sector salud.

3. La homologación salarial y funcional del sector salud es un medio para lograr una reforma substancial y la modernización de los servicios de salud en forma tal que redunde en una mayor productividad de los trabajadores y en la elevación de la calidad de los servicios que presta el sector.

4. El citado convenio precisó que la homologación salarial y funcional quedaría sujeta entre otros aspectos a los siguientes criterios rectores: que se implantara un catálogo de puestos funcional y un tabulador uniforme; que los puestos fueran idénticos en salario por

hora realizando funciones similares o equivalentes, cumpliendo requisitos de ingreso y de desempeño semejantes; que existiera compatibilidad de empleos y cumplimiento de las jornadas de trabajo, y que no comprendiera prestaciones distintas a las convenidas en la propia Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.

S. La homologación salarial y funcional se circunscribe a los puestos de la rama médica, paramédica y afines, en virtud de que la aplicación de sueldos de la rama administrativa es de carácter general en el gobierno federal.

6. Para lograr la adecuada aplicación de la homologación salarial y funcional ha sido necesario integrar esquemas uniformes en la definición de requisitos para ingreso, ocupación o promoción de puestos en el sector, por lo que se ha consolidado un catálogo sectorial de puestos que contiene para cada uno de ellos los profesiogramas correspondientes que comprenden: funciones específicas inherentes al puesto, requisitos de ingreso y ocupación, requisitos de experiencia, requisitos académicos y tramos de control. Este catálogo ha sido integrado bajo la orientación de la Secrctaría de Programación y Presupuesto.

BASES Y CRITERIOS

Primera. El presente documento tiene como objeto establecer las bases y criterios para la aplicación en 1986 de la homologación salarial y funcional de los trabajadores de la rama médica, paramédica y grupos afines, cuyas relaciones jurídico-laborales se rigen por la Lcy Fcderal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado B del artículo 123 constitucional, en un proceso que contempla tres aproximaciones como se describe a continuación:

a. A partir del lo. de enero se otorgará un incremento que permitirá reducir las diferencias salariales en relación a los niveles más elevados vigentes para puestos similares en el sector salud, tomando como referencia los del Instituto Mexicano del Seguro Social, en promedio de un SO por ciento.
b. A partir del lo. de mayo se otorgará otro incremento que permitirá reducir en otro 30 por ciento en promedio las diferencias salariales a que se hacen referencia en el inciso anterior.
c. A partir del lo. de octubre se otorgará el incremento que resulte necesario para lograr la homologación total de los sueldos tabulares de acuerdo a lo establecido en el inciso a, estimándose que los incrementos serán en promedio del 20 por ciento.

Los incrementos señalados en los incisos a y b serán liquidados a los trabajadores durante el mes de mayo, en tanto que los señalados en la tercera etapa se pagarán cn la primera quincena del mes de octubre.

Para este mismo efecto, se establece quc los aumentos otorgados al mes de mayo se calcularán con referencia a un solo nivel de tabulador, en tanto que con los incrementos que se pagarán cn el mes de octubre se establecerán dos distintos niveles para cada puesto, con lo que quedará estructurado el tabulador de sueldos correspondiente.

Segunda. De acuerdo al convenio suscrito el 28 dc junio de 1985, a que se hace referencia en las consideraciones generales del presente documento, la instrumentación de la homolo-

gación salarial y funcional se llevará a cabo tomando como base el salario por hora para los puestos similares o equivalentes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tercera. A fin de que la homologación salarial corresponda a una homologación funcional para acceder a mejores indicadores de productividad, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servidores de salud, se aplicarán los siguientes criterios básicos:

Ampliación de las jornadas de trabajo

a. Tomando en consideración las posibilidades estructurales con que cuentan las unidades médicas para absorber una mayor fuerza laboral, la jornada de trabajo no podrá ser inferior a 6 horas diarias ni superior a 8; se exceptuarán del límite máximo de 8 horas las jornadas especiales.
   En aquellos casos en que tomando como base la demanda de servicios o las características específicas de un puesto determinado las necesidades del servicio así lo demanden, podrán establecerse jornadas de trabajo inferiores a 6 horas diarias, las cuales en todo caso deberán ser aprobadas por la autoridad médica de más alto nivel de cada una de las dependencias o entidades.
b. Resulta recomendable aplicar la jornada máxima de 8 horas en las unidades del 3er. nivel de atención, así como para la prestación de las cuatro especialidades básicas de las unidades hospitalarias del 20. nivel de atención.
c. En las jornadas de trabajo se incluirán actividades de enseñanza profesional e investigación que en los mismos centros de trabajo lleve a cabo el personal de la subrama médica, así como por parte de las dependencias o entidades la ejecución de programas de capacitación y superación profesional y técnica en beneficio de todo el personal de la rama médica, paramédica y afines.
   Dichos programas deberán quedar debidamente integrados y registrados ante la Secretaría de Programación y Presupuesto y la Secretaría de Salud, con la debida participación de los Comités Mixtos de Capacitación.
d. Las dependencias y entidades promoverán con la debida participación y apoyo de los sindicatos correspondientes, el que los trabajadores que tengan en la actualidad jornadas de menos de 6 horas diarias accedan a por lo menos la jornada mínima establecida con la consiguiente retribución salarial, proceso que se llevará a cabo de mayo a octubre del presente año.
e. Si como resultado de la homologación salarial y funcional existiera incompatibilidad de horarios de servidores públicos, se les otorgará un plazo de un mes para regularizar su situación laboral.
f. La incompatibilidad de horarios estará sujeta a las disposiciones aplicables vigentes, en el entendido de que por lo que se refiere a los casos en que en forma simultánea al desempeño de las funciones sustantivas se ejercite una actividad de enseñanza profesional en el mismo centro de trabajo, cada dependencia o entidad de acuerdo a las necesidades del servicio y tomando en cuenta la opinión del sindicato correspondiente, establecerá la reglamentación que resulte necesaria.
g. En el caso de trabajadores que laboren

tiempos parciales inferiores a 6 horas diarias en dos o más instituciones, como resultado de la homologación salarial podrán optar por laborar la jornada máxima en una sola dependencia o entidad. Este proceso de regularización se llevará a cabo de mayo a octubre, en la inteligencia de que cn la dependencia o entidad que se suscite la vacante ésta podrá ser cubierta de acuerdo a lo que se establece en el inciso h.

h. En virtud de que la homologación salarial y funcional permite el acceso a jornadas de 6 horas como mínimo, se establece que a partir del 1o. de mayo próximo los nuevos ingresos que se susciten deberán laborar como mínimo 6 horas diarias.

Establecimiento y aplicación de indicadores de productividad uniformes a cada puesto

a. De manera prioritaria deberán establecerse indicadores de productividad para cada uno de los puestos que integran el catálogo de puesto sectorial, los que servirán de base para establecer mecanismos sólidos de evaluación del desempeño y así efectuar con mayor equidad y dinamismo la aplicación de la Ley de Premios, Estímulos y Recompensas.

Aplicación de esquemas uniformes en la definición de requisitos de ingreso, ocupación o promoción de puestos en el sector

a. A partir del 1o. de mayo todos los nuevos ingresos o las promociones se sujetarán a los requisitos establecidos en el catálogo de puestos sectorial.

Sistema de control de asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo

a. Las dependencias y entidades reforzarán sus actuales sistemas de control de asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo, a fin de asegurar el cumplimiento de jornadas y vincular este sistema al de premios, estímulos y recompensas al personal.

b. Por lo que se refiere al personal médico que en la actualidad no esté sujeto a ningún tipo de control de asistencia y puntualidad, éste se llevará a cabo a partir del 1o. de mayo a través de listas de asistencia, en la inteligencia de que este sistema se vinculará al de estímulos y recompensas y se podrá aplicar otro tipo de controles a quienes incurran en incumplimiento.

Cuarta. Las dependencias y entidades en coordinación con los sindicatos correspondientes, llevarán a cabo las acciones de difusión necesarias para que los servidores públicos sujetos a estas bases conozcan Conprecisión las bases y los criterios establecidos en el presente instrumento.

Dado en la ciudad de México, Distrito Federal, a los veinticuatro días del mes de abril dc mil novecientos ochenta y seis.

Secretaría de Programación y Presupuesto. Lic. Ma, Elena Vázquez Nava, Secretaria Técnica de la Comisión Intersecretarial del Servicio Civil, rúbrica; Secretaría de Salud. Lic. Roberto Ortega Lomelín, Oficial Mayor del Ramo, rúbrica; Departamento del Distrito Federal. Lic. Carlos Solórzano juárez, Oficial Mayor del Ramo, rúbrica; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores

del Estado. Dr. Alejandro Carrillo Castro, Director General, rúbrica; Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado. Dr. Hugo Domenzáin Guzmán, Secretario General, rúbrica; Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Lic. Francisco Javier Bracamontes Manero, Oficial Mayor del Ramo, rúbrica; Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Dip. lng. Federico Granja Ricalde, Secretario General, rúbrica; Sindicato Unico de Trabajadores del Gobierno del Distrito Federal. Dip. Lic. Rafael de Jesús Lozano, Secretario General, rúbrica; Sindicato Nacional de Trabajadores del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Lic. Raúl Hernández Arreguín, Secretario General, rúbrica; Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Dip. Dr. Rodolfo Mario Campos Bravo, Secretario General, rúbrica.

Marco normativo de la descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta. El caso del Estado de Tlaxcala

Acuerdo de coordinación que celebran el ejecutivo federal y el ejecutivo del Estado de Tlaxcala para la descentralización de los servicios de salud *

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LAS SECRETARIAS DE PROGRAMACION y PRESUPUESTO, DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA FEDERACION y DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO DE TLAXCALA, PARA LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salubridad y Asistencia y el Ejecutivo del Estado de Tlaxcala, para la descentralización de los servicios de salud.

Las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salubridad y Asistencia y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala, a los que en lo sucesivo se denominará en este documento, SSP, Contraloría, SSA y Gobierno del Estado, respectivamente, representados por sus titulares los CC. Carlos Salinas de Gortari, Francisco Rojas Gutiérrez y Guillermo Soberón Acevedo, así como por el gobernador constitucional del Estado y el Secretario General de Gobierno del mismo, CC. Tulio Hernández Gómez y Carlos Hernández García en ese orden, han convenido formalizar la descentralización de los servicios de salud a población abierta en la entidad.

ANTECEDENTES

I. En el mes de febrero de 1984, el C. Presiden-

* Diario Oficial de la Federación de 28 de junio de 1984.

te de la República y el C. Gobernador Constitucional del Estado de Tlaxcala suscribieron el Convenio Unico de Desarrollo, el cual tiene por objeto instrumentar la política de desarro-110 regional establecida en el Plan Nacional de Desarrollo, mediante la coordinación de los ejecutivos federal y estatal.

2. En el decreto presidencial publicado en 30 de agosto de 1983 en el Diario Oficial se establecieron las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para atender a las prioridades establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo y lograr la deseentralización gradual de los servicios, a través de la formación y funcionamiento de los sistemas estatales de salud, de acuerdo con una normatividad nacional, llevando al uso más eficiente de los recursos y con ello la efectividad progre. siva del derecho constitucional a la protección de la salud.

3. La integración y desenvolvimiento del Sistema Nacional de Salud, conlleva la revisión de la organización y funcionamiento general de los servicios de salud a población abierta en el país, para asegurar su vinculación y modernización integral.

4. Con base en los antecedentes mencionados y con fundamento en los artículos 115 Fracción X de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 22 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; Io., 20., 40., 50., Y 25 de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal; lo., 20., 40., Y 70., de la Ley de Obras Públicas; 12,13 Y 14 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos; 60 de la Constitución Política del Estado de Tlaxcala y 13 Y 14 de la Ley Orgánica de la propia entidad federativa; y lo previsto en el CUD de 1984, los ejecutivos federal y del estado de Tlaxcala convienen en celebrar el presente acuerdo bajo las siguientes:

CLAUSULAS

CAPITULO I

Del Objeto del presente acuerdo y bases generales

PRIMERA. El Objeto del presente acuerdo es el establecimiento de las bases para la elaboración y ejecución del Programa Estatal de Descentralización de Servicios de Salud, en el Estado Libre y Soberano de Tlaxcala, dentro del marco del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud y de la Ley General de Salud y de conformidad con los decretos presidenciales que sobre esa materia fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación los días 30 de agosto de 1983 y 8 de marzo del año en curso.

SEGUNDA. El presente acuerdo de coordinación, tiene como finalidades esenciales las siguientes:

a) Establecer el tipo y características operativas de los servicios de salud, que constituyen el objeto de la coordinación cuya normatividad preliminar se expresa en el anexo técnico que complementará el presente instrumento;

b) Determinar las funciones que corresponde desarrollar a las partes, con indicación de las obligaciones derivadas del propio acuerdo;

c) Describir los bienes y recursos que aportan las partes, con la especificación del régimen

a que quedarán sujetos, cuyo desglose inicial se contiene en el anexo técnico referido;

d) Establecer las estructuras administrativas para los servicios de salud en la entidad, determinando sus modalidades orgánicas y funcionales;

e) Desarrollar el procedimiento para la elaboración de los proyectos de programas y presupuestos anuales y determinar los programas de actividades a desarrollar, de conformidad con los manuales de coordinación que se integran al anexo técnico señalado;

f) Definir las directrices para la descentralización de los servicios de salud en el estado de Tlaxcala, a los municipios correspondientes de la entidad;

g) Establcer que los ingresos que se obtengan por la prestación de servicios de salud en la entidad, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y los acuerdos que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y el Gobierno de la Entidad;

h) Indicar las medidas legaleso administrativas que las partes se obligan a adoptar o promover, para el mejor cumplimiento del acuerdo;

1) Establecer las normas y procedimientos de control que corresponderán a la S.S.A. y que complementarán al presente instrumento en el anexo técnico señalado. Asimismo, será motivo de desarrollo sistemático para asegurar su aplicación y efectividad;

j) Señalar las demás estipulaciones que las partes consideren necesarias para la mejor prestación de los servicios.

TERCERA. El Gobierno Federal, por conducto de la S.S.A. y el Gobierno del Estado, en cumplimiento de lo previsto por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la legislación aplicable en vigor, promoverán la consolidación de la garantía social del derecho a la protección a la salud, para que la población sea efectivamente beneficiaria de los servicios de salud básicos. Asimismo, acuerdan ampliar la cobertura de los servicios de salud en el Estado, en los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación procurando la integración y funcionamiento eficiente del Sistema Estatal de Salud y favoreciendo la desconcentración y descentralización de las competencias y facultades que procedan.

CAPITULO II

De la Distribución de Competencias

CUARTA. Corresponde al gobierno del Estado, en materia de salubridad general, como autoridad local y dentro de su respectiva jurisdicción territorial:

1. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los siguientes servicios de salubridad general:

1. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
2. La atención materno-infantil;
3. La planificación familiar;
4. La salud mental;
5. La Organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;
6. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;
7. La coordinación de la investigación para

la salud y el control de ésta en los seres humanos;

8. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país;

9. La Educación para la Salud;

10. La orientación y vigilancia en materia de nutrición;

11. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;

12. La salud ocupacional;

13. La prevención y el control de enfermedades transmisibles;

14. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;

15. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos;

16. La Asistencia Social;

17. El Programa contra el Alcoholismo, y

18. El Programa contra el Tabaquismo.

11. Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero;

IIJ. Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los Sistemas Estatales de Salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional dc Desarrollo;

IV. Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competan;

V. Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes;

VI. Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta ley y demás disposiciones generales aplicables, y

VII. Las demás atribuciones específicas que se establezcan en la propia ley y demás disposiciones generales aplicables.

QUINTA. La S.S.A. podrá convenir con el Gobicrno del Estado que los servicios coordinados puedan apoyar el desarrollo de funciones de orden federal, en materia sanitaria, sin perjuicio de la competencia originaria de la Secretaría al respecto.

SEXTA. Los servicios de salud para población abierta en la entidad se sujetarán a lo previsto en el Capítulo 11 de la Ley General de Salud, por el cual se establece que corresponde al ejecutivo federal, por conducto de la S.S.A., dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar BU cumplimiento.

SEPTIMA. La competencia de las autoridades sanitarias en la planeación, regulación, organización y funcionamiento del Sistema Estatal de Salud, se vinculará con lo previsto para el Sistema Nacional de Salud y se regirá por las disposiciones de la Ley General de Salud y demás normatividad aplicable.

OCTAVA. El Gobierno del Estado y la S.S.A., convienen en que de manera temporal, los servicios coordinados proporcionarán los servicios de salud y ejercerán las facultades sanitarias y de autoridad que le confiere al gobierno local la legislación aplicable, de acuerdo COn lo previsto por la Ley General de Salud.

NOVENA. En congruencia con el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud,

el nuevo modelo de la S.S.A. reserva a las unidades centrales la regulación y control de los Servicios de Salud; asigna al nivel de coordinación regional las funciones de apoyo y enlace entre el nivel normativo y el responsable de aplicar los programas de salud. Asimismo, confiere al nivel operativo la gestión inmediata de los servicios y el contacto directo con la población.

DECIMA. La S.S.A., dictará los acuerdos de desconcentración de facultades que procedan y formulará las guías y lineamientos para la integración de los manuales de organización, de procedimientos y de servicios de salud, que apoyen al desarrollo del proceso de descentralización.

DECIMA PRIMERA. El Gobierno del Estado conviene en promover las acciones para expedir e instrumentar la Ley Estatal de Salud de la Entidad, que asegure la vinculación del Sistema Estatal de Salud del Estado de Tlaxcala, con el Sistema Nacional de Salud y su interrelación con la Ley General de Salud.

DECIMA SEGUNDA. La S.S.A. fungirá como instancia de programación, presupuestación, fijación de normas técnicas y supervición y evaluación general, en tanto que corresponderá al Gobierno del Estado la coordinación operativa de los mismos, para asegurar su interrelación con su Sistema Estatal de Salud.

CAPITULO III

De la Descentralización de los Servicios de Salud

DECIMA TERCERA. Los servicios de salud que presta la S.S.A. en los estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria, denominado "IMSS-COPLAMAR", proporciona el Instituto Mcxicano del Seguro Social, se descentralizarán al Gobierno del Estado COn sujeción al programa de Descentralización de los Servicios de Salud, con la participación de la Secretaría y de dicho organismo público.

DECIMA CUARTA. La S.S.A. y el Gobierno del Estado de Tlaxcala, aportarán los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que sean necesarios para la operación de los servicios de salud que queden comprendidos en este instrumento y cuya descripción se considera en el anexo técnico del mismo, que forma parte integrante del propio acuerdo.

Dichos recursos quedarán expresamente afectos a los fines de este acuerdo y sujetos al régimen legal que les corresponda. La gestión quedará a cargo de los servicios coordinados de salud pública del Estado de Tlaxcala.

Asimismo el gobierno del Estado se compromete a destinar al objetivo del presente acuerdo los recursos de origen federal que le sean transferidos vía convenio único de desarrollo para los servicios de salud en la entidad, exclusivamente.

Las partes acuerdan que la recaudación de los derechos y los aprovechamientos derivados del control sanitario, se harán con base en los conceptos enumerados en la Ley de ingresos de la federación del ejercicio fiscal que corresponde y en la ley federal de derechos, con el fin de evitar la duplicidad de cobro por aquellos conceptos, para cuyo efecto promoverán ante las autoridades competentes, la implantación de un sistema de participaciones.

En la integración de los servicios, el Gobierno del Estado se compromete a no trasferir los recursos comprometidos para el desarrollo del Sistema Estatal de Salud, a programas o instituciones diversas a las que contempla el presente acuerdo.

Por lo que se refiere a los bienes inmuebles que transfiera la S.S.A. en relación al presente acuerdo, se realizará en los términos de los artículos 34,35,36 Y 37 de la Ley General de Bienes Nacionales.

En cuanto a los recursos financieros, ambas partes se comprometen a suministrarlos en la proporción y montos que se establezcan en los programas de trabajo correspondientes. Asimismo, se comprometen a prever de manera complementaria los gastos imprevistos que se deriven de las acciones específicas.

DECIMA QUINTA. La Secretaría definirá los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que deberá transferir a los servicios coordinados de salud pública en el Estado de Tlaxcala, de conformidad con las normas previstas para la instrumentación del programa de descentralización de los servicios de salud.

En consecuencia, se gestionarán por la Secretaría, ante la Secretaría de Programación y Presupuesto, las adecuaciones programáticopresupuestales correspondientes, para la correcta ejecución del programa precitado, las cuales se determinarán en función de la necesidad de apoyos específicos para garantizar la efectividad en la realización del propio progra. ma, así como los requerimientos en materia de gasto corriente y gasto de inversión.

Con el objeto de asegurar la aplicación y efectividad del presente acuerdo, las partes convienen en hacer la revisión periódica y siso temática de su contenido, así como de las respectivas aportaciones que conlleva su instrumentación. La Secretaría, en el ámbito de su competencia, evaluará el desarrollo del sistema y del Programa Estatal de Salud, sin perjuicio de las facultades que la legislación confiere a las Secretarías de Programación y Presupuesto y de la Contraloría General de la Federación.

DECIMA SEXTA. En el desarrollo del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud, en el Estado de Tlaxcala, las unidades centrales normativas de la S.S.A., adoptarán los criterios de regionalización que se determinen para la operación de los programas y servicios en el Estado, por la Secretaría de Programación y Presupuesto y la propia Secretaría, conforme a los requerimientos de sus funciones.

DECIMA SEPTIMA. El Gobierno del Estado, a fin de favorecer el desarrollo del Sistema Estatal de Salud y su desconcentración progresiva hacia el interior del Estado, promoverá la integración y funcionamiento adecuado de comités de salud, en las principales unidades de atención de los servicios de salud, procurando la debida representación y participación de los sectores locales involucrados, así como de otras dependencias e instituciones públicas relacionadas con la salud.

CAPITULO IV

Del Programa Estatal de Salud

DECIMA OCTAVA. El Gobierno del Estado formulará e instrumentará un programa esta-

tal de salud de carácter integral y que entre otros rubros, comprenderá la atención a población abierta y establecerá las metas, estrategias y objetivos del mismo, los que serán consecuentes con el programa nacional que al efecto se formule de acuerdo con la metodología que se anexa a este instrumento. Al respecto, la S.S.A. otorgará el apoyo y asesoría técnica requeridos.

DECIMA.NüVENA. Para efectos de coordinación las partes acuerdan que se programarán acciones y conjugarán esfuerzos que permitan avanzar cualitativa y cuantitativamente en los servicios de salud, mediante: la atención a población abierta en las etapas prenatal, preescolar, escolar; protección a la salud, a través de programas de vacunación, detección oportuna de enfermedades, cuantificación de riesgos a la salud, educación para la salud, nutrición, vigilancia epidemiológica y control sanitario; planificación familiar, con intervención que corresponda a la Secretaría de Gobemación, asistencia social y abastecimiento de insumos para la atención de la salud.

El Programa Estatal de Salud se formulará dentro del marco del Sistema Nacional de Planeación Democrática y de acuerdo con lo establecido en el Capítulo V de la Ley de Planeación, que regula la relación del Ejecutivo Federal con los gobiernos locales, a efecto de que los mismos participen en la Planeación Nacional del Desarrollo; coadyuven en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones, a la consecución de los objetivos de la planeación nacional, y para que las acciones a realizarse por la Federación y los Estados se planeen de **manera conjunta con la participación correspondiente** de los Municipios.

VIGESIMA. Con el objeto de orientar y fortalecer el desarrollo del Sistema Estatal de Salud de Tlaxcala, y con base en lo previsto en el presente Acuerdo, la S.S.A y el Gobierno del Estado, evaluarán anualmente los resultados obtenidos en el desarrollo del Programa Estatal de Salud y en la Descentralización e Integración de los Servicios de Salud involucrados, con el propósito de promover de inmediato las acciones correctivas o de consolidación procedentes, que aseguren su interdependencia con el desenvolvimiento y avances del Sistema Nacional de Salud.

CAPITULO V

Del Programa Estatal de Descentralización de los Servicios de Salud

VIGESIMA PRIMERA. El Programa Estatal de Descentralización contemplará, en una primera etapa, la coordinación de las acciones de los Ejecutivos Federal y Estatal, a través de la integración funcional de los servicios de salud en el Estado de Tlaxcala.

Con base en la evaluación del desempeño de la coordinación prevista en el Decreto Presidencial, publicado en el Diario Oficial del 8 de marzo del actual y cn el Convenio Unico de Desarrollo 1984, en una segunda etapa se efectuará la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta a cargo de la S.S.A., del Programa IMSS-CüPLAMAR y de la propia entidad, para favorecer las acciones conjuntas en el ejercicio concurrente de las atribuciones de esa dependencia y la Entidad, en Materia de Salubridad General.

La integración tendrá como propósito organizar y desarrollar el Sistema Estatal de

Salud con la participación que corresponda a los municipios y los sectores social y privado involucrados.

VIGESIMA SEGUNDA. La S.S.A., y el Gobierno del Estado, con la participación del Instituto Mexicano del Seguro Social, en los términos del Decreto Presidencial del 8 de marzo precitado, formularán el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud en la Entidad, conforme a las siguientes bases:

1. Procurarán su congruencia con los programas nacionales de atención a la salud de población abierta y al de descentralización de los Servicios de Salud;

11. Identificarán las facultades que será necesario descentralizar al Gobierno del Estado y desconcentrar a los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado;

111. Preverán los recursos que serán afectos a la adecuada atención de las facultades que transfiera la S.S.A.;

IV. Definirán las acciones para la integración y funcionamiento eficiente del Sistema Estatal de Salud, en coordinación con el Sistema Nacional de Salud;

V. Establecerán medidas tendentes a cuidar que no se generen deterioros en la operación de los servicios, que se amplíe la cobertura y la calidad. de éstos y que se abatan duplicaciones y omisiones en el ámbito de acciones de las unidades aplicativas. a través de un sistema de atención coordinado y eficiente;

VI. Definirán las directrices de la Descentralización al Gobierno del Estado y a sus Municipios y las de desconcentración de los Servicios Coordinados a las Jurisdicciones Sanitarias, y

VII. En el Programa Estatal referido fijarán objetivos, metas, estrategias y prioridades; asignarán recursos, responsabilidades y tiempos de ejecución; dicho programa contendrá mecanismos para la coordinación de acciones y de evaluación de resultados, de conformidad con la metodología y normatividad aplicable.

CAPITULO VI

Del Sistema Estatal de Salud

VIGESIMA TERCERA. Las partes convienen en que para la conceptualización, clasificación, organización y administración de los Servicios de Salud, se estará a lo dispuesto en la Ley General de Salud. De igual manera en lo que respecta a la definición de criterios de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.

VIGESIMA CUARTA. La S.S.A., y el Gobierno del Estado precisan que el Sistema Estatal de Salud de Tlaxcala, forma parte del Sistema Nacional de Salud y estará constituido por el conjunto de normas, políticas, programas, estructuras, subsistemas, recursos y procedimientos, vinculados con la regulación, organización y funcionamiento de los Servicios de Salud en la propia Entidad, bajo la normatividad y objetivos previstos por la Ley General de Salud y con la participación correspondiente de los tres órdenes de Gobierno y los Sectores Sociales, para dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud de la población.

Al efecto, en el Sistema Estatal de Salud del Estado de Tlaxcala, participarán las depen-

dencias y entidades de la Administración Pública Federal, las de la propia Entidad que determine su legislación fundamental y las personas físicas o morales de los sectores social y privado locales, que presten servicios de salud. Asimismo, comprenderá los mecanismos de coordinación de acciones entre los distintos niveles de gobierno y los sectores sociales.

El Sistema Estatal de Salud se ajustará a los regímenes legales de las Entidades Paraestatales de Orden Federal que proporcionen Servicios de Salud.

VIGESIMA QUINTA. La organización y funcionamiento del Sistema Estatal de Salud y de los diversos subsistemas, estructuras y programas que le conformen, se ajustará a las bases previstas en la Ley General de Salud, a la Ley local en materia y al presente Acuerdo.

El Gobierno del Estado conforme a las prioridades del sistema Estatal de Salud de Tlaxcala, garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.

VIGESIMA SEXTA. En el desarrollo de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado, se promoverá y vigilará por las partes, la aplicación uniformes de principios, normas técnicas y procedimientos, que aseguren su vinculación con el Sistema Nacional de Salud. Además, asegurarán la participación de los representantes de los usuarios, así como de los trabajadores de esos servicios, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

VIGESIMA SEPTIMA. Las partes se comprometen a contribuir al fortalecimiento municipal, fomentando una más amplia y activa participación de los ayuntamientos en materia de salubridad general. Asimismo, se comprometen a implantar los mecanismos de coordinación entre las entidades municipales y los Servicios de Salud, en relación a las jurisdicciones o regiones sanitarias correspondientes y cuidarán que los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado, proporcionen apoyo técnico en materia de salud, a los regidores y comisiones de los ayuntamientos municipales del Estado, en aquellos asuntos de su competencia.

VIGESIMA OCTAVA. El Gobierno del Estado fomentará la coordinación con los proveedores locales de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de estos últimos.

VIGESIMA NOVENA. El Sistema Estatal de Salud, en su desarrollo, comprenderá tanto los Servicios de Salud a Población Abierta, que involucran a la S.S.A., al Programa IMSS-COPLAMAR y a los de la propia entidad, así como a los Servicios de Salud a población derechohabiente que otorgan las instituciones federales de Seguridad Social en el Estado y, en su caso, los de la entidad; en congruencia con la estructura administrativa que se derive de los instrumentos que rigen su organización y funcionamiento. Asimismo, comprenderá los servicios de salud en la entidad a cargo de los sectores social y privado.

TRlGESIMA. Las partes acuerdan quc los servicios de asistencia social que preste el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y otras instituciones públicas o privadas en el Estado, también forman parte del Sistema Estatal de Salud.

CAPITULO VII

Del Consejo Interno de Administración de los Servicios Coordinados de Salud Pública

TRIGESIMA PRIMERA. Los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado, contarán con un Consejo Interno que se denominará Consejo Interno de Administración y el cual será presidido por el Gobernador del Estado de 'I'laxcala,

TRIGESIMA SEGUNDA. El Consejo Interno de Administración de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado, se integrará por la presidencia señalada, una vicepresidencia, a cargo del jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública y, por diversas vocalías que desempeñará el titular o representante del área de Desarrollo Social del Go· bierno del Estado y por los subjefes de los servicios mencionados. El representante de los trabajadores de los servicios podrá asistir, cuando así se considere pertinente, en calidad de invitado, con derecho a voz pero sin voto. De igual manera, se podrá invitar a las sesiones a representantes de los sectores público social y privado, vinculados con las funciones y objetivos de los servicios, cuando la naturaleza del evento lo amerite.

TRIGESIMA TERCERA. El Gobernador del Estado de Tlaxcala, en su carácter de pre· sidente del Consejo Interno de Administración de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Tlaxcala, tendrá las siguientes atribuciones:

- Proponer ante el Secretario de Salubridad y Asistencia la tema para la designación del jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública de Tlaxcala, de conformidad con el perfil del puesto y la normatividad aplicable. Asimismo, proponer la remoción de dicho jefe ante el propio secretario, cuando exista causa justificada;
- Aprobar el proyecto de programa·presu· puesto de dichos servicios;
- Aprobar los proyectos de programas de los Servicios Coordinados de Salud Pública para el mediano y largo plazo;
- Proponer a la S.S.A., las modalidades de la prestación de los servicios de salud;
- Encomendar facultades en materia de salud públiea a los Servicios Coordinados y que correspondan al Gobierno del Estado;
- Evaluar la organización y funcionamiento de los Servicios Coordinados de Salud Pública y proponer ante la S.S.A., las adecuaciones correspondientes;
- Establecer el modelo que se convenga con la Federación, para regular la organización y funcionamiento del Sistema Estatal de Salud, así como aprobar los proyectos para e! desarrollo del mismo y vigilar su vinculación con el Sistema Nacional de Salud;
- Promover la práctica de auditorías administrativas a dichos servicios, por parte de la S.S.A., cuando lo considere necesario;
- Ordenar la práctica de auditorías y visitas de inspección a los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado;
- Aprobar los programas de carácter multisectorial en el ámbito de su competencia que requiera el funcionamiento de los servicios señalados, en congruencia con los trabajos de los COPLADES;
- Aprobar y promover los programas de desconcentración de los Servicios Coordina-

dos de Salud Pública, hacia sus respectivas jurisdicciones sanitarias;

- Validar la información que sobre la organización y funcionamiento general de los Servicios Coordinados de Salud Pública rinda su titular;
- Aprobar el Reglamento Interior del Consejo Interno de Administración y verificar su cumplimiento de las normas que sobre perfiles de puesto del personal técnico y directivo, establezca la S.S.A.

TRIGESlMA CUARTA. El Consejo Interno de Administración de los Servicios, celebrará sesiones mensuales ordinarias y sesiones extraordinarias cuando la oportunidad e importancia del asunto lo demanden, con el fin de asegurar la continuidad y oportunidad de sus actividades. Al efecto, se instrumentará el 'Reglamento Interno que precise las reglas de operación del mismo.

CAPITULO VIII

De la Organización de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de TIaxcala

TRIGESIMA QUINTA. La organización y funcionamiento de los servicios de salud a población abierta en el Estado de TIaxcala, se establecerá coordinadamente entre la S.S.A. y el Gobierno del Estado. Al efecto, los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de TIaxcala, se integran como un órgano administrativo desconcentrado por territorio, con competencia concurrente, con las funciones de autoridad que le atribuya la legislación aplicable y con autonomía técnica.

TRIGESIMA SEXTA. La S.S.A., con la participación del Gobierno del Estado, hará los estudios y acciones tendientes a revisar, adecuar y sistematizar oportunamente la estructura programática y funcional del Sistema de Coordinación y Operación Regional que se establece en este Acuerdo, a fin de asegurar su congruencia a nivel nacional y su interrelación con el modelo de organización central de la Secretaría, para facilitar la descentralización, operación y seguimiento de los programas de la dependencia.

TRIGESIMA SEPTIMA. Los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de TIaxcala se organizarán de conformidad con las siguientes normas:

I. Desarrollarán las funciones de asuntos jurídicos, comunicación social y auditoría y control, que estarán adscritas jeráquica y directamente al titular de los Servicios Coordinados y funcionalmente a las unidades administrativas centrales de la S.S.A.;

Il. Desarrollarán, entre otras, las funciones básicas de: a) Promoción de la salud, h) Servicios dc salud, e) Epidemiología, d) Control sanitario, e) Planeación y f) Administración:

IIl. La función de promoción de la salud, comprenderá: a) Desarrollo comunitario, b) Educación para la salud, c) Patología social y prevención de accidentes;

IV. La función básica de Servicios de Salud, comprenderá: a) coordinación de servicios de salud del primer nivel. h) Coordiuación dr-servicios de salud del segundo nivel. c) Regulación de servicios de salud prestados por particulares, d) Coordinación con.las instituciones públicas de atención a la salud, y e) Coordina-

ción de programas de investigacióny enseñanza;

V. La función básica de control sanitario, comprenderá: a) Control sanitario y b) Saneamiento ambiental y ocupacional;

VI. La función básica de epidemiología, comprenderá: a) Vigilancia epidemiológica y b) Medicina preventiva;

VII. La función básica de planeación, comprenderá: a) Planeación, programación y presupuesto, b) Evaluación, e) Estadística e Informática y d) Organización y Modernización Administrativa, y

VIII. La función básica de Administración, comprenderá: a) Administración y Desarrollo de Personal, b) Contabilidad y Recaudación de Cuotas de Recuperación, e) Administración de Recursos Materiales y Servicios Generales y d) Construcción, Conservación y Mantenimiento.

TRIGESIMA OCTAVA. El personal directivo, técnico y operativo de los servicios, será designado por el Jefe de los Servicios. En el primer caso, con la anuencia previa del Gobernador de la entidad y para todos los niveles con sujeción a las normas y perfiles de puesto que determine e instrumente la S.S.A., los cuales se integrarán como parte del anexo técnico multicitado.

TRIGESIMA NOVENA. En el proceso de descentralización de los servicios de salud al Gobierno de Tlaxcala, y en la integración del Sistema Estatal de Salud de dicha entidad, ambos órdenes de gobierno convienen en que se dará la debida participación a las organizaciones de los trabajadores relacionados con la operación de dichos servicios. Asimismo, establecen que la instrumentación del presente acuerdo se realizará respetando los derechos y garantías de los trabajadores y atendiendo la opinión de sus representaciones, para asegurar su interés y decidida participaeión en el pronto desarrollo del Sistema Estatal de Salud de Tlaxcala.

CUADRAGESIMA. A fin de impulsar la Progresiva Integración Funcional y Orgánica de los Servicios de Salud en el Estado de Tlaxcala, el Ejecutivo del Estado procurará que el Jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en la entidad sea la misma persona responsable de desarrollar las funciones equivalentes en el Gobierno del Estado; de conformidad con la legislación local aplicable.

CUADRAGESIMA PRIMERA. La S.S.A. y el Gobierno del Estado convienen en fortalecer la organización y funcionamiento del Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADE de Tlaxcala, a fin de asegurar su operación regular y sistemática y su vinculación con los trabajos y acciones que se desarrollen en el seno del comité Estatal de Planeación para el Desarrollo del Estado; para lo cual, habrá de instrumentarse un manual específico que se incorporará al Anexo Técnico del presente Acuerdo.

CAPITULO IX

De los Apoyos al Sistema Estatal de Salud

CUADRAGESIMA SEGUNDA. A fin de impulsar la consolidación y desarrollo del Sistema Estatal de Salud, las partes formalizarán de inmediato el "Acuerdo para transferirle la realización de obras públicas en Unidades Mé-

dicas de la Entidad", con cargo al presupuesto de la S.S.A. y con el apoyo de la propia entidad.

CUADRAGESIMA TERCERA. La SoS_A. proporcionará oportunamente la metodología de formulación e integración de los programas estatales de salud, para su inserción en el Programa Naciona! de Salud.

Asimismo, apoyará al Gobierno del Estado en la elaboración de los manuales de organización, de procedimientos y de servicios necesarios para la descentralización de los servicios de salud respectivos.

CUADRAGESIMA CUARTA. Para asegurar la debida ejecución del presente acuerdo, la SoS_A. prestará el apoyo técnico y la asesoría que requiera el Gobierno del Estado en el diseño, formulación implantación o instrumentación del Programa Estatal de Salud y del Sistema Estatal de Salud.

Para la prestación de los apoyos técnicos y logísticos que se requieran para la descentralización de los servicios de salud y en general para la organización y funcionamiento del Sistema Estatal de Salud se estará a lo que previene el Decreto Presidencial mencionado, publicado el 8 de marzo de 1984 en el Diario Oficial.

CUADRAGESIMA QUINTA. La S.S.A. apoyará al Gobierno del Estado en la formación y actualización de recursos humanos para la salud de conformidad con las necesidades y prioridades locales.

CUADRAGESIMA SEXTA. La S.S.A. a petición del Gobierno del Estado, y por conducto de la Secretaría de Gobernación, en atención a las facultades que al respecto le confiere la Ley orgánica de la Administración Pública Federal, prestará el apoyo técnico necesario, en la formulación de la iniciativa de la Ley Estatal de Salud. Asimismo, las partes convienen en promover las reformas Jurídicas y Administrativas necesarias para el cumplimiento de este Acuerdo, con apego a lo contenido en la cláusula Quincuagésima Tercera del Convenio Unico de Desarrollo 1984.

CAPITULO X

De la Instrumentación del Acuerdo

CUADRAGESIMA SEPTIMA. Al presente acuerdo se integrará un anexo técnico, que deberá instrumentarse dentro de los próximos cuarenta y cinco días, contados a partir de la vigencia del presente acuerdo que, en principio, contendrá:

1. Programa de Descentralización de los Servicios de Salud;

II. Instructivo básico de operación de los Subcomités de Salud y Seguridad Social de los COPLADES;

III. Bases de Coordinación Programática de los Servicios de Salud en el Estado;

IV. Bases de Programación Estatal;

V. Programa Piloto de Descentralización;

Vl. Bases de Organización y Funcionamicnto del Sistema Estatal de Servicios de Salud;

VII. Manual de Organización y Funcionamiento del Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADE, y

VIII. Acuerdo de Desconcentración de la S.S.A.

En la elaboración de los elementos del ane-

xo técnico, el Instituto Mexicano del Seguro Social tendrá la participación que corresponda.

CUADRAGESIMA OCTAVA. La SPP apoyará y vigilará el oportuno suministro de los recursos que se transfieren mediante este Acuerdo. Asimismo podrá al igual que la SSA y la Contraloría, solicitar la información que requiera para cumplir sus atribuciones y proponer medidas correctivas, informando a las partes de este Acuerdo al respecto.

CUADRAGESIMA NOVENA. La Contraloría vigilará el uso y destino que se dé a los recursos federales canalizados para la ejecución del programa a que se refiere este instrumento.

QUINCUAGESIMA. El programa objeto de este Acuerdo, quedará sujeto a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables a las transferencias de fondos que concede la Federación y a lo dispuesto por el Convenio Unico de Desarrollo.

QUINCUAGESIMA PRIMERA. Sobre el presente Acuerdo la SPP dictamina que es congruente con el Convenio Unico de Desarrollo, en consecuencia se adiciona a él, para formar parte de su contexto.

QUINCUAGESIMA SEGUNDA. Las partes manifiestan su conformidad para que en caso de dudas sobre la interpretación del presente Acuerdo, respecto a su instrumentación, formalización y cumplimiento, se estará a lo previsto por el Convenio Unico de Desarrollo.

QUINCUAGESIMA TERCERA. El presente Acuerdo surtirá sus efectos a partir de su publicación en el Diario Oficial de la Federación y en el Organo Informativo Oficial del Gobierno del Estado de Tlaxcala, con excepción de los asuntos que queden sujetos a la puesta en vigor de la Ley General de Salud.

Para su observancia y cumplimiento se firma en la ciudad de Tlaxcala, Tlaxcala, a los veinte días del mes de marzo de mil novecientos ochenta y cuatro.

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de la SPP, la SCGF y la SSA y el Ejecutivo del Estado de Tlaxcala para la Descentralización de los Servícios de Salud.- Testigo de Honor: El Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Miguel de la Madrid H.-Rúbrica.-El C. Secretario de Programación y Presupuesto, Carlos Salinas de Gortari.-Rúbrica.- El C. Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala, Tullo Hernández Gómez.—Rúbrica.— El C. Secretario de la Contraloría General de la Federación, Francisco Rojas Gutiérrez.-Rúbrica.-El Secretario de Gobierno del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala, Carlos Hernández García.-Rúbrica.- El C. Secretario de Salubridad y Asistencia, Guillermo Soberón Acevedo.-Rúbrica.-El Jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Tlaxcala y Secretario de Salud y Desarrollo Social del Estado de Tlaxcala, Luis Carbajal Espino.-Rúbrica.

Acuerdo de coordinación que celebran el ejecutivo federal y el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala, para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud en la entidad*

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LAS SECRETARIAS DE PROGRAMACION y PRESUPUESTO, DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA FEDERACION, DE DESARROLLO URBANO Y ECOLOGIA y DE SALUD, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE TLAXCALA, PARA LA INTEGRACION ORGANICA y LA DESCENTRALIZACION OPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ENTIDAD

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-Secretaría de Salud.-SSA/Gobierno del Estado de Tlaxcala.

Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación, de Desarrollo Urbano y Ecología y de Salud, y ellnstituto Mexicano del Scguro Social, a quienes cn lo sucesivo se les denominará SPP, SECOGEF, SEDUE, SSA e IMSS, respectivamente, yel Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala, a quien en lo sucesivo se le denominará Gobierno del Estado, para la integración orgánica y la descentralización operativa de servicios de salud en la Entidad, de conformidad con los antecedentes y cláusulas siguientes:

ANTECEDENTES

1. De conformidad con la Constitución de 1917 y de acuerdo a los diversos Códigos Sanitarios de los Estados Unidos Mexicanos que han tenido vigencia para reglamentar la salubridad general de la República, se crearon los

* **Diario Oficial de la Federación de 24 de junio de** 1985.

Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, orientados al propósito de lograr la concurrencia del Gobierno Federal y de los Estados en materia de salud; sin embargo, la dinámica histórica y administrativa de los servicios provocó un proceso centralizador en la materia sanitaria que el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud se propone revertir.

2. El nuevo párrafo tercero del artículo 40. de la Constitución Política de la República proporciona la base de ese programa, al disponer que el Gobierno Federal y los Estados concurrirán en la salubridad general como lo prevenga la Ley.

3. El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 establece como uno de los propósitos de la actual administración, para materializar la nueva garantía constitucional del derecho a la protección de la salud, tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo homogéneo y razonable de calidad.

Dentro de las estrategias que dicho Plan contempla para tal efecto, se encuentra la consolidación del Sistema Nacional de Salud, en el que se incluyen como aspectos sustanciales la integración programática sectorial, la descentralización a las entidades federativas de los servicios proporcionados a población abierta, y el fortalecimiento de la infraestructura básica de servicios.

4. El 1o. de julio de 1984 entró en vigor la Ley General de Salud reglamentaria del párrafo tercero del artículo 40. constitucional, que previene las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia del Gobierno Federal y de las entidades federativas en materia de salubridad general. Asimismo, dispone que ambos órdenes de gobierno podrán establecer, mediante acuerdos de coordinación, estructuras administrativas a cuyo cargo quedarán los servicios de salubridad general que correspondan y la administración de recursos humanos, materiales y financieros que aporten las partes.

5. El Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación del 30 de agosto de 1983, fija las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy de Salud.

6. El mencionado Decreto se vió reforzado por el diverso del 8 de marzo de 1984, que ordena la descentralización de los servicios de salud de la actual Secretaría de Salud en los Estados y del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social, estableciendo los mecanismos, estrategias y plazos del proceso de descentralización.

7. Conforme al Decreto Presidencial del 8 de marzo de 1984 y al Convenio Unico de Desarrollo *(CVD)* celebrado en 1984, se llevó a cabo la etapa de coordinación programática de los servicios de salud a población abierta en la Entidad, bajo la conducción y rectoría del Titular del Ejecutivo Federal, habiéndose obtenido los productos esperados de esta etapa del proceso de descentralización.

8. En el marco del *CVD* el Ejecutivo Federal, por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salud, celebró con el Titular del Ejecutivo Estatal el Acuerdo de coordinación para la descentralización de los

servicios de salud a población abierta, estableciendo el programa de descentralización de dichos servicios en la Entidad Federativa.

9. En el Convenio Unico de Desarrollo 1985 los Ejecutivos Federal y Estatal se comprometen a formalizar un acuerdo de coordinación para la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta y para constituir la estructura administrativa que tomará a su cargo la prestación de servicios médicos a población abierta y los de salud pública que corresponda, así como para definir la participación de la Administración Pública Estatal en lo que corresponde al ejercicio de materias de salubridad general que esta instancia puede ejercer en su calidad de autoridad sanitaria.

10. La descentralización de facultades en materia sanitaria del ejercicio de atribuciones en materia de salubridad local, requiere de la instrumentación de servicios apropiados, provistos de las facultades de autoridad que precisa la actividad sanitaria para apoyar el establecimiento sanitario.

Ll, El Gobierno del Estado, atendiendo al párrafo tercero del Artículo 40. Constitucional y a la distribución de competencias prevista en la Ley General de Salud, expidió la Ley de Salud del Estado de Tlaxcala, en la cual se previene su participación en el ejercicio de facultades en materia de salubridad general y se regula el ejercicio de las materias de salubridad local, con la participación de los Municipios, con el propósito de establecer y consolidar el Sistema Estatal de Salud.

En base a los antecedentes mencionados y con fundamento en los artículos 40. y 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 22. 32. 32 bis, 37 Y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal: 17, 33 Y 34 de la Ley de Planeación; 40., 50., 60., 13, 17,40,41 Y42 de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal; lo., 20., 15. 17 Y20 de la Ley para el control, por parte del Gobierno Federal, de los Organismos Descentralizados y Empresas de Participación Estatal; 90., 10, 14,37,38,39,41,44 Y 47 de la Ley General de Bienes Nacionales; 30., 40., 70., 90., 12, 13, 18, 19,20,21,22,36, 181,194,199,300,302,313,379,393,396 Y demás relativos de la Ley General de Salud; 70 fracción XXVII de la Constitución Política del Estado de Tlaxcala: 30., 42 Y62 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado; 12, inciso a), fracción VI, y demás relativos de la Ley de Salud del Estado de Tlaxcala, los Ejecutivos Federal y Estatal convienen en suscribir el presente Acuerdo, cuya ejecución se realizará al tenor de las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA. El presente Acuerdo tiene por objeto:

I. La integración orgánica y descentralización operativa de los servicios de salud a población abierta que prestan en la Entidad la SSA y el Gobierno del Estado a través de los Servicios Coordinados de Salud Pública, y ellMSS a través del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria;

n. Establecer las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la descentralización del ejercicio de las facultades de regulación sanitaria que corresponden a la SSA y para la integración de un sistema estatal de

regulación y fomento sanitario en el que concurran los tres niveles de gobierno;

111. Establecer las bases para la prestación de los servicios estatales de salud por parte de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, responsable de la prestación de servicios de atención médica, de salud pública, de regulación sanitaria y de salubridad local, así como de la coordinación del Sistema Estatal de Sao lud, y

IV. Convenir las bases para la consolidación del Sistema Estatal de Salud.

SEGUNDA. La SSA y el Gobierno del Esta. do convienen en que de conformidad con la distribución de competencias que en materia de salubridad general establece la Ley General de Salud y en las disposiciones legales estatales aplicables, el Gobierno del Estado, por conducto de la Secretaría de Salud del propio Gobierno del Estado, en virtud del presente Acuerdo tendrá a su cargo lo siguiente:

1. Coordinar el Sistema de Salud a través de las instancias y mediante los mecanismos que al efecto se establezcan, con la participación que corresponda al Comité de Planeación para el Desarrollo Estatal;

11. Participar en el ejercicio de las facultades de regulación sanitaria cuya competencia corresponde a la SSA, en los términos de los Artículos 13, inciso a) y 18 de la Ley General de Salud, en el ámbito de su competencia, conforme al presente Acuerdo y demás que se celebren y con estricto apego a las normas técnicas que la SSA determine;

111. Operar los servicios de salubridad general a que se refiere el inciso b) del artículo 13 de la Ley General de Salud, relativos a la atención médica y a la salud pública que corresponda, con estricto apego a la normativa técnica que establezca la SSA;

IV. Dirigir la operación y controlar los servicios estatales de salud, y

V. Prestar los servicios que le corresponda en materia de salubridad local, en los términos de la Ley Estatal de Salud y de las demás disposiciones legales aplicables.

TERCERA. El Gobierno del Estado contará con los elementos necesarios que le permitan coordinar el Sistema Estatal de Salud a través del titular de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado quien al efecto contará con las siguientes atribuciones y facultades:

1. Fungir como coordinador del Sistema Estatal de Salud y como coordinador del Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADE;

11. Representar al titular del Ejecutivo Esta. tal en los Organos Colegiados correspondientes de las Unidades Regionales del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, así como en los Organos del Gobierno del DIF Estatal y de los organismos que tengan actualmente a su cargo la prestación de servicios locales de seguridad social, en los términos de las disposiciones legales aplicables;

111. Vigilar e informar sobre el cumplimiento de este Acuerdo, de la Ley General de Salud, de la Ley Estatal de Salud, del Programa Nacional de Salud, del Programa Estatal de Salud y de otras disposiciones legales aplicables;

IV. Evaluar la ejecución del Programa Estatal de Salud, y

V. Las demás que le confieran la Ley Estatal de Salud, este Acuerdo y las demás disposiciones legales aplicables.

CUARTA. El Gobierno del Estado participará en la prestación de servicios correspondientes a la regulación sanitaria que corresponden a la SSA, conforme a la Ley General de Salud. El ejercicio de estas funciones se llevará a cabo por conducto de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, de conformidad con los Acuerdos específicos que se suscriban, y con apego a las disposiciones legales federales y estatales aplicables y a las normas técnicas que establezca la SSA.

Las partes coadyuvarán al establecimiento y operación de un sistema estatal de regulación y fomento sanitario que forme parte del Sistema Estatal de Salud, y de un sistema nacional de regulación y fomento sanitario, para lo cual celebrarán los acuerdos de coordinación que al efecto se requieran.

La SSA, en su carácter de autoridad sanitaria federal se reservará en todo momento la facultad de realizar directamente todo acto y de emitir toda resolución que le competa originalmente conforme a la Ley General de Salud, asimismo, la SSA se reserva el derecho de revocar la coordinación del ejercicio de las facultades de regulación sanitaria que le corresponden y que por la suscripción del presente instrumento y por los Acuerdos específicos que se celebren, quedarán a cargo del Gobierno del Estado.

QUINTA. La SSA y el Gobierno del Estado convienen en que este último tendrá a su cargo la dirección, la coordinación y la conducción operativa de los servicios estatales de salud; para tal efecto, el Gobierno del Estado operará los servicios correspondientes a las siguientes materias de salubridad general:

- La atención médica.
- La planificación familiar.
- La salud mental.
- La formación de recursos humanos para la salud.
- La educación para la salud.
- La orientación y vigilancia en materia de nutrición.
- La prevención y control de enfermedades transmisibles.
- La prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.
- La prevención de la invalidez y la rehabilitación de inválidos, con la participación que, en su caso, corresponda al Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
- El programa contra el alcoholismo.
- El programa contra el tabaquismo.
- La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.
- La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos.
- La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en la entidad.
- La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre, y
- La salud ocupacional.

SEXTA. El Gobierno Federal a través de la

SSA, tendrá a su cargo las siguientes atribuciones en cuanto a la operación de los servicios de salubridad general:

1. Expedir, promover y vigilar el cumplimiento de las normas técnicas para la operación de los programas de servicios de salud, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Salud;

11. Emitir las políticas y procedimientos de planeación, programación y presupuestación,

III. Coordinar el Sistema Nacional de Información de Salud;

IV. Prestar asesoría jurídica;

V. Establecer de conformidad con las normas y lineamientos generales de SPP y de SECOGEF el sistema de evaluación que permita conocer la operación de los servicios y el cumplimiento de los programas de salud;

VI. En caso de epidemia de carácter grave, peligro de invasión de enfermedades transmisibles, situaciones de emergencia o catástrofes que afecten al País, a la Entidad o a una región de ésta, la SSA podrá intervenir directa y temporalmente en los servicios en la forma que considere conveniente en ejercicio de la acción extraordinaria en materia de salubridad general, de conformidad con lo dispuesto por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

VII. Aprobar los programas y presupuestos que habrán de ser, respectivamente, instrumentados y ejercidos por los servicios, y transferir los recursos autorizados para su operación, atendiendo a los proyectos que al efecto le presente el Gobierno del Estado;

VIII. Analizar y autorizar los catálogos de puestos, así como los tabuladores de sueldos y la creación de puestos que proponga el Gobierno del Estado para la prestación de los servícios, con sujeción a las normas generales que al efecto emita SPP;

IX. Ordenar y realizar directamente visitas, inspecciones y auditorías a los servicios, a cualquiera de sus unidades administrativas y ope. rativas, en los términos de Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y de su reglamento, de la Ley Federal de Hesponsahilidades de los Servidores Públicos y de las demás disposiciones legales federales aplicables sin perjuicio de las atribuciones con que cuenta el Gobierno del Estado de SECOGEF;

X. Designar en cualquier tiempo, un supervisor temporal o permanente con plenas facultades para visitar, conocer, analizar y evaluar las actividades de los servicios en lo operativo, administrativo, programático-presupuestal y financiero. y

XI. Las demás que le confieren el presente Acuerdo y las disposiciones legales aplicables.

SEPTIMA. Los servicios de salud que preso ta la SSA en el Estado y los que proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social a través del Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria denominado "IMSS-COPLAMAR" se descentralizan al Gobierno del Estado para que se integren orgánicamente en los servicios estatales de salud a cargo de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, los acuerdos de coordinación que en lo sucesivo se celebren y los anexos técnicos que se integran al presente Acuerdo.

OCTAVA. En el ejercicio coordinado de los servicios que se descentralizan se estará a lo siguiente:

I. La SSA fungirá como instancia de programación-presupuestación nacional, de financia**miento, de normativa técnica y de evaluación;**

II, El Gobierno del Estado tendrá a su cargo la dirección, coordinación y conducción operativa de los servicios, y

III. La SSA y el lMSS prestarán los apoyos logísticos que el Gobierno del Estado solicite al Gobierno Federal por conducto de la SSA.

Con el propósito de contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios y a la ampliación de su cobertura, las partes convienen que la SSA, el Gobierno del Estado y el IMSS prestarán apoyo logístico a la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado en la prestación de los servicios estatales de salud, en los términos de los Acuerdos dc Coordinación que al efecto se celebren, con la participación del IMSS.

NOVENA. En atención a lo dispuesto por la Ley General de Salud, las partes convienen aportar recursos financieros para sufragar la operación de los servicios y para realizar inversiones para el mejoramiento y ampliación de la infraestructura de servicios existentes, en los términos del presente Acuerdo, de los acuerdos de coordinación específicos que al efecto se celebren y de los anexos técnicos que se convengan anualmente, los cuales pasarán a formar parte de este instrumento.

Los recursos correspondientes que aporten el Gobierno Federal, a través de la SSA, el Gobierno del Estado y los municipios a los servicios estatales de salud quedarán sujetos al régimen legal que les corresponda en los términos del presente y de los demás acuerdos de coordinación que al efecto se celebren.

Las partes convienen en implantar un manual de procedimientos programáticos y presupuestales que aseguren flexibilidad y agilidad en el manejo de recursos financieros, así como seguridad en el destino de los recursos que ejercerá la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, promoviéndose al efecto los requerimientos de información programática y presupuestal que permitan dar cumplimiento a la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto PÚblico Federal y demás disposiciones legales federales aplicables.

Al efecto se integrarán un solo presupuesto en la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, comprometiéndose el Gobierno Federal a transferirle los recursos a su cargo a través de la SSA.

DECIMA. La SSA pone a disposición del Gobierno del Estado, en uso gratuito, los bienes muebles e inmuebles con los que actualmente cuentan las unidades administrativas y aplicativas de la Secretaría de Salud y el Programa "IMSS-COPLAMAR" en la Entidad, con la participación que corresponda a la SPP, SECOGEF e IMSS, y por conducto de SEDUE y de SSA sujetándose a los artículos 37, 38, 39, 41 Y demás relativos de la Ley General de Bienes Nacionales y a los conducentes de la Ley del Seguro Social.

La entrega de los bienes muebles e inmuebles a que se refiere el anterior párrafo, debidamente inventariados, se realizará conforme a las disposiciones administrativas y legales conducentes, quedando obligadas las partes a regularizar los derechos respectivos a favor del Gobierno del Estado que se deriven de dicha entrega.

DECIMA PRIMERA. Las partes convienen

en que los derechos laborales adquiridos por el personal que pasa a laborar en la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado serán debidamente respetados, conforme a las disposiciones legales aplicables y a los términos del presente Acuerdo.

DECIMA SEGUNDA. Los trabajadores a que hace alusión la cláusula anterior, dependerán funcional y operativamente del Secretario de Salud del Gobierno del Estado, sin perjuicio de su relación laboral con la SSA y de su afiliación al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud del Gobierno del Estado actuará en nombre y por cuenta de la SSA en lo relativo a las relaciones laborales de naturaleza individual con los trabajadores que se incorporen a la dependencia citada en primer término. Para tal efecto la SSA delega al titular de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado las facultades, atribuciones y obligaciones que se especifican en las Condiciones Generales de Trabajo de la SSA y de conformidad con el Sistema Integrado de Administración de Personal.

Los asuntos laborales de naturaleza colectiva que se susciten entre la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado y los trabajadores incorporados en virtud de la integración orgánica de los servicios de salud, serán tratados por la SSA exclusivamente con la representación nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.

La relación de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado con la representación de los trabajadores se llevará a cabo a través de la sección o secciones correspondientes del Sindicato Nacional de Trabajadores de la SSA.

DECIMA TERCERA. El personal proveniente del Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria denominado "IMSS-COPLAMAR" en la Entidad, pasará a laborar a la Secretaría de Salud en los términos del convenio que celebren la SPP, SECOGEF, SEDUE, SSA e IMSS, de los acuerdos de coordinación que, en su caso, al efecto se celebren y conforme a los anexos técnicos que se acompañan al presente Acuerdo.

DECIMA CUARTA. Con el propósito de apoyar la economía y condiciones de vida de la población y de dar apoyo a la organización de trabajos comunitarios como mecanismos de contraprestación de los servicios y de mejoramiento de las condiciones de salud de la población, la SPP, la SSA y el Gobierno del Estado convienen realizar los actos necesarios para eximir del pago de las contraprestaciones en efectivo a los servicios de atención médica y del pago de medicamentos que en cada caso se determinen en los acuerdos de coordinación específicos que al efecto se celebren.

Los ingresos que se dejen de percibir en virtud de estas exenciones serán financiados por la SSA y por el Gobierno del Estado en los términos del acuerdo de coordinación que se celebren.

DECIMA QUINTA. El Gobierno del Estado y la SSA convienen en que de conformidad con lo dispuesto en el presente Acuerdo y de manera temporal, en tanto se establecen los sistemas administrativos de información, de operación y control únicos para la prestación de servicios de salud se contará con los apoyos de la SSA y del IMSS en los términos siguientes:

I. La SSA continuará temporalmente proporcionando los servicios de apoyo necesarios para la operación de los servicios de atención médica y para el ejercicio de las facultades de regulación sanitaria, actualmente a cargo de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado;

11. El IMSS continuará temporalmente prestando los servicios de apoyo correspondientes a las unidades operativas del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

DECIMA SEXTA. Para la eficaz instrumentación de este Acuerdo, la SSA y el Gobierno del Estado se comprometen a realizar durante 1985, entre otras acciones, implantar y poner en operación:

I. El Programa Estatal de Salud a Población Abierta autorizado, así como llevar a cabo su seguimiento y evaluación;

11. El Sistema Integrado de Administración de Personal de los Servicios Estatales de Salud, el cual operará en forma descentralizada a partir del lo. de julio de 1985;

IlI. El Sistema Unico de Abastecimiento para los Servicios de Salud a Población Abierta en el Estado;

IV. El Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre niveles de atención conforme a las normas emitidas por la SSA;

V. El Sistema Integrado de Información en Salud y de Servicios de Salud, conforme a las normas de la SSA, a partír del lo. de enero de 1986;

VI. El Sistema de Contabilidad y Cuentas, de conformidad con las normas de la SSA;

VII. El fortalecimiento de la operación del Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADE y de sus grupos de trabajo, y

VIII. El Sistema de conservación y mantenimiento preventivo y correctivodelainfraestructura física y el equipamiento de las unidades operativas, así como para conservar y mantener las unidades en operación, considerando como prioritarias estas actividades.

DECIMA SEPTIMA. Los Manuales Básicos son los instrumentos normativos que se utilizarán para el cumplimiento de los programas, normas técnicas y sistemas integrados a que se refiere la cláusula anterior, los cuales se integrarán como anexos técnicos al presente Acuerdo.

Los Manuales Básicos a que se hace alusión en el párrafo anterior son los siguientes:

- Modelo de Atención a la Salud.
- Estudio de Regionalización Operativa.
- Manual de Organización y Funcionamiento de Unidades.
- Manual de Organización de Jurisdicciones Sanitarias.
- Manual de Referencia y Contrarreferencia.
- Manual de Vigilancia Epidemiológica.
- Sistema Estatal de Información Básica.
- Manual Operativo de Enseñanza y Capacitación.
- Manual de Programación-Presupuestación.
- Manual de Contabilidad y Cuentas.
- Manual de Organización General de la Secretaría de Salud de Tlaxcala.
- Catálogo de Puestos y Tabulador Unico.
- Plantilla de Personal.
- Manual para el Registro y Control de Bienes Muebles e Inmuebles.

- Manual para la Prestación de Servicios Generales.
- Manual de Supervisión de Servicios.
- Manual de Abastecimiento y Suministro.
- Manual de Conservación y Mantenimiento para Unidades de Primer Nivel.
- Manual de Indicadores para la evaluación de los Servicios de Salud.
- Manuales de Autoelevación para unidades del primer y segundo niveles de atención a la salud.
- Manual de Evaluación para la Descentralización.

DECIMA OCTAVA. Para efecto de la Cláusula anterior, las partes se comprometen a que durante el segundo semestre de 1985 se contará con todos los manuales administrativos y las normas técnicas que se requieran en la presta. ción de los servicios de la salud en el Estado.

DECIMA NOVENA. Con el objeto de asegurar la aplicación y efectividad del presente Acuerdo, las partes convienen en celebrar los acuerdos de coordinación específicos que al efecto se requieran a propuesta de cualquiera de las partes, así como llevar a cabo la revisión periódica y sistemática de su contenido y de las respectivas aportaciones financieras que conlleva su instrumentación.

VIGESIMA. Las partes convienen en ejecutar el programa de trabajo que forma parte de este Acuerdo como anexo técnico en el que se' establecen acciones, responsabilidades y plazos para dar cumplimiento efectivo a las disposiciones del presente Acuerdo, de tal manera que antes de concluir 1985 los servicios se encuentren cabalmente integrados bajo esquemas uniformes de operación.

VIGESIMA PRIMERA. La SSA se compromete a promover ante el Ejecutivo Federal la extinción de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Tlaxcala, de conformidad con las formalidades y procedimientos legales correspondientes.

En tanto se formaliza la extinción a que se hace referencia en el párrafo anterior, el Secretario de Salud del Gobierno del Estado de Tlaxcala, asumirá la doble modalidad de Jefe de los Servicios y, en tal carácter, se considerará y conducirá como agente federal.

VIGESIMA SEGUNDA. La SSA, SPP, SECOGEF e 1MSS tomarán las medidas jurídico-administrativas necesarias para que el Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria denominado "1MSS-COPLAMAR" deje de surtir efectos en el Estado de Tlaxcala en los términos del Convenio específico correspondiente.

VIGESIMA TERCERA. Los casos de duda sobre la interpretación del presente Acuerdo y las controversias que pudieran suscitarse con motivo de su ejecución, se resolverán conforme al mecanismo establecido al respecto en el Convenío Unico de Desarrollo en vigor.

VIGESIMA CUARTA. El presente Acuerdo surtirá sus efectos a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación y en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de 'T'laxcala.

VIGESIMA QUINtA. Las partes acuerdan que el presente Acuerdo tendrá vigencia permanente y, en su caso, podrá adicionarse o modificarse de común acuerdo de las partes.

Para su observancia y cumplimiento se firma en la Ciudad de Tlaxcala, Tlax., el día 24 de

mayo de mil novecientos ochenta y cinco.-Testigo de Honor: Presidente de la República, Miguel de la Madrid H.-Rúbrica.-EI Secretario de Programación y Presupuesto, Carlos Salinas de G.-Rúbrica.-El Gobernador Constitucional del Estado de Tlaxcala, Tulio Hernández GÓmez.-Rúbrica.-EI Secretario de la Contraloría General de la Federación, Francisco Rojas Gutiérrez.-Rúbrica.-El Secretario de Gobierno del Estado, Carlos Hernández García.-Rúbrica.-El Secretario de Desarrollo Urbano y Ecología, Guillermo Carrillo Arena.-Rúbrica.-El Secretario de Salud del Gobierno del Estado, Luis Carvajal Espino.-Rúbrica.-El Secretario de Salud, Guillermo Soberón Acevedo.-Rúbrica.-El Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ricardo García Sáinz.-Rúbrica.

Convenio que celebran, por una parte, la Secretaría de Salud Vel Instituto Mexicano del Seguro Social y, por la otra, el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala, para el establecimiento de las actividades de apoyo logístico a los Servicios Estatales de Salud. 1985

Convenio que celebran, por una parte, la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social, a los que en lo sucesivo se denominará SSA e IMSS respectivamente, representados por sus titulares los CC. Dr. Guillermo Soberón Acevedo y Lic. Ricardo García Sáinz y, por la otra, el ejecutivo del Estado Libre y Soberano de TIaxcala, que en lo sucesivo se le denominará el gobierno del estado, representado por su titular el C. Lic. Tulio Hernández Gómez, para el establecimiento de las actividades de apoyo logístico a los servicios estatales de salud conforme a los siguientes antecedentes y cláusulas.

ANTECEDENTES

1. El ejecutivo federal expidió un decreto publicado en el Diario Oficial el día 8 de marzo de 1984, estableciendo la descentralización a los gobiernos estatales de los servicios de salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy de Salud, en los estados y los quc dentro del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria denominado nlSS-COPLAMAR, proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social. Este decreto establece que el proceso de descentralización de los servicios aludidos se llevará a cabo en dos etapas.

Durante 1984 se ha desarrollado la primera de estas etapas, consistente en la coordinación programática de dichos servicios en cada estado. La segunda etapa iniciada en 1985, se prevé concluirla en 1986 con la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta en cada una de las entidades federativas.

2. El decreto presidencial del 8 de marzo de 1984 dispone, asimismo, que se debe cuidar que en el proceso de descentralizznción no se generen deterioros en la operación de los servicios, que se amplíe la cobertura y la calidad de éstos y que se abatan duplicidades y omisiones en el ámbito de acción de las unídades aplicativas: establece también la neeesidad de definir los apoyos que, en su caso, se

pondrán a disposición de los gobiernos de los estados por parte de la SSA y del IMSS, a fin de asegurar los propósitos antes señalados.

3. Conforme al Programa Nacional de Salud, el establecimiento y cabal consolidación del Sistema Nacional de Salud y de los correspondientes sistemas estatales, exige la instrumentación de acciones coordinadas que permitan alcanzar los objetivos sustantivos del Sistema Nacional de Salud y del derecho constitucional a la protección de la salud.

4. En cumplimiento de lo pactado en el Convenio Unico de Desarrollo 1985, los ejecutivos federal y estatal suscribieron el Acuerdo de Coordinación para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud en la entidad con fecha 24 de mayo de 1985, mediante el cual la SSA, el IMSS y el gobierno del estado se comprometen a prestar el apoyo logístico que requiera la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado en la prestación de los servicios estatales de salud, de conformidad con lo que al efecto se establezca en el convenio específico.

5. El ejecutivo federal expidió un decreto, publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 24 de junio de 1985, que adiciona al decreto del 8 de marzo de 1984, el cual establece el procedimiento de extinción gradual de los órganos desconcentrados por territorio de la SSA llamados "servicios coordinados de salud pública" y el Programa IMSS-COPLAMAR, para ser sustituidos por la estructura administrativa que se defina en cada entidad federativa a efecto de que asuma la prestación de los servicios de salud; asimismo, reitera la prioridad de cuidar que se eviten deterioros en la operación de los servicios, de ampliar su cobertura y de mejorar su calidad, para lo cual establece que se deberá convenir con el IMSS los apoyos logísticos que debe proporcionar a los gobiernos de los estados.

6. Para dar cumplimiento a lo previsto en la Ley General de Salud, en los decretos presidenciales del 8 de marzo y del 18 de junio de 1984, del 24 de junio de 1985 y en el Acuerdo para la Integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud a Población Abierta, se establecen las siguientes

CLAUSULAS

Primera. El presente instrumento tiene por objeto establecer, en el marco del Acuerdo de Integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud a Población Abierta en la entidad, las bases para la prestación, por parte de la SSA, el IMSS y el gobierno del estado, y los apoyos logísticos que requiera la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del Estado de Tlaxcala en la operación de los servicios estatales de salud.

Segunda. La SSA se compromete a lo siguiente:

1. Establecer las políticas, normas y lineamientos conforme a los cuales se prestarán los apoyos logísticos en coordinación con elIMSS.
2. Aprobar anualmente el programa de apoyo logístico que presente la Secretaría de *Salud* y Desarrollo Social del gobierno del estado.

3. Aportar **la** parte corrcspondicntc de los re-**cursos financieros necesarios para la presta-**ción de los servicios específicos de apoyo logístico a su cargo.
4. Realizar el seguimiento y evaluación del programa dc apoyo logístico aprobado.

Tercera. El IMSS se compromete a dar apoyo logístico conforme al artículo 238 de la Ley del Seguro Social y a las siguientes bases:

1. Aportar sugerencias a **la** SSA para el desarrollo de programas logísticos para los servicios de salud pública en el estado.
2. Prestar el apoyo logístico conforme a los programas y presupuestos autorizados al programa IMSS-COPLAMAR.
3. Resolver de acuerdo con la SSA y la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, los problemas especiales que presente el apoyo logístico de las unidades de salud en razón a las condiciones geográficas del estado.
4. Integrar y presentar a la SSA, para su aprobación, las acciones específicas y los costos de los servicios de apoyo logístico, conforme al programa de apoyo logístico anual que solicite el gobierno del estado por conducto de la SSA.

Cuarta. La SSA se compromete a prestar las siguientes actividades de apoyo logístico:

1. En materia financiera y presupuestal

1. Segundo semestre de 1985:

a. Apoyar la programación-presupuestación de las necesidades financieras que requiere la descentralización de los servicios.

b. Capacitar y asesorar al pcrsonal de la Secrctaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado en materia de programa-**ción-presupuestación.**

c. Apoyar la formulación del programa-presupuesto integrado a población abierta 1986, que incluya tanto las unidades quc estaban a cargo de los servicios coordinados de salud pública como las del programa IMSS-COPLAMAR.

d. Apoyar con recursos financieros las nccesidades adicionales para la distribución de los insumos médicos y administrativos, y para los trabajos de conservación y mantenimiento en la entidad de acuerdo con los programas aprobados.

c. Apoyar con recursos financieros la operación de las unidades que se han integrado a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, fundamentalmente **en lo que se refiere a uniformes, conservación y mantenimiento, viáticos y pasajes,** combustibles y otros gastos de operación, conforme al presupuesto autorizado a la SSA.

f. Analizar, con la oportunidad debida, con el IMSS y la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, el monto de recursos presupuestales de los otros capítulos de gasto que se deberán transferir a partir del 1o. de enero de 1986, relativos a las unidades que pertenecían al Programa IMSS-COPLAMAR y de solidaridad social, a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado.

g. Apoyar con recursos financieros la adaptación y equipamiento del almacén estatal.

2. A partir de enero de 1986:

a. Apoyar la instrumentación de la descentralización de los recursos financieros, así como el establecimiento de los sistemas de control y seguimiento del gasto público.
b. Llevar a cabo los análisis correspondientes a las solicitudes de modificaciones y ampliaciones líquidas presupuestales para la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado y, en su caso, autorizarlas conforme al manual que como anexo técnico forma parte del presente convenio.
c. Analizar e integrar la información financiera y de resultados que la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado debe presentar a la SSA, para la rendición de la cuenta pública y del informe presidencial.

JI. En materia de estadística, informática y evaluación .

1. Segundo semestre de 1985:

a. Apoyar a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado en el establecimiento de un sistema integrado de información básica para la salud y la administración de los servicios.
b. Suministrar a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado un sistema interactivo para el procesamiento automatizado de la información estadística.
c. Capacitar y adiestrar al personal de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, para la implantación y operación del sistema estadístico y de informática.
d. Proporcionar a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado metodologías para la evaluación de programas y servICIOS.

2. A partir de enero de 1986:

a. Asesorar y apoyar en materia de estadística e informática a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado.
b. Implantar, en coordinación con la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, los módulos adicionales correspondientes al sistema estatal de información básica necesarios para los procesos de planeación, programación y evaluación.
c. Instrumentar los procedimientos para la supervisión del sistema estatal de información básica.
d. Supervisar, en coordinación con la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, la aplicación del sistema estatal de información básica y del uso de sus recursos informáticos.
e. Proporcionar a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado capacitación en materia de estadística e informática.
f. Asesorar a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado en el establecimiento del sistema de evaluación y el desarrollo de las autoevaluaciones,

JII. En materia de organización administrativa

1. Segundo semestre de 1985:

a. Apoyar técnicamente en la revisión de la estructura orgánica de la Secretaría de Sao lud y Desarrollo Social del gobierno del estado, garantizando que la estructura que se apruebe cuente con los recursos necesarios para la ocupación de los puestos correspondientes con base en los perfiles establecidos, a partir de los recursos que han sido ya previstos por la SSA.
b. Proporcionar la metodología y brindar la asesoría que se requiera para la elaboración de los manuales de organización, de procedimientos y de servicios de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, de las jurisdicciones sanitarias y de las unidades operativas.
c. Dictaminar y aprobar, en su caso, los manuales de organización, de procedimientos y de servicios que constituyan la normativa de operación de la Secretar[a de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado.

2. A partir de enero de 1986:

a. Proporcionar las normas, lineamientos y asesoría para el establecimiento del Programa de Modernización Administrativa de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado.
b. Dictaminar propuestas de modificaciones a la estructura orgánica de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado y de las jurisdicciones sanitarias, así como los manuales correspondientes.

IV. En materia de *administración* de *personal*

1. Segundo semestre de 1985:

a. Capturar y procesar los movimientos de personal de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado.
b. Apoyar en el proceso de nómina y la emisión de cheques.
c. Apoyar la capacitación al personal del área de administración de personal de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado.
d. Prestar apoyo a los recursos humanos en formación en los términos que establezca el convenio específico de capacitación y **enseñanza.**
e. Apoyar a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado en el diseño e implantación del sistema de pagos a nivel estatal, que operará a partir de 1986.
f. Proporcionar las normas de operación y procedimiento del sistema de administración de personal.
g. Prestar asesoría en materia de relaciones laborales.

2. A partir de enero de 1986:

a. Asesorar y apoyar a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado en el establecimiento, consolidación y operación de los sistemas descentralizados de pagos y de administración de personal.
b. Prestar asesoría para el desarrollo de los procesos relativos a la administración de personal cuando lo requiera la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado.
c. **Prestar asesoría en materia de relaciones** laborales.

V. En materia de conservación, mantenimiento y obra pública

1. Segundo semestre de 1985:

a. Apoyar en la implantación de los manuales de conservación y mantenimiento para unidades de primero y segundo nivel, que establezcan la normativa y rutinas básicas para la ejecución de los trabajos.
b. Verificar que el personal técnico en mantenimiento que participará en los cursos de capacitación y actualización que se impartirán por parte del lMSS, cumpla con el perfil establecido conforme a las cláusulas, competencia del IMSS, en esta materia.
c. Asesorar en el levantamiento de los inventarios de equipo.
d. Apoyar la implantación de los cuadros básicos de herramientas para el primero y segundo nivel, así como el cuadro básico de características de unidades móviles, que realicen actividades de conservación y mano tenimiento, que como anexos técnicos forman parte del presente convenio.
e. Apoyar en la integración del programa 1986 de rehabilitación y ampliación de unidades, así como de conservación y mantenimiento.
f. Asesorar en la celebración de concursos y contratos para la prestación de servicios de conservación y mantenimiento.
g. Emitir opinión técnica para la rehabilitación y ampliación, así como de conservación y mantenimiento de unidades.
h. Asesorar a solicitud de parte en la celebración de concursos y contratación de obras a las autoridades locales competentes.
i. Supervisar, en coordinación con la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, la ejecución del programa de obras y asesorarlo en su recepción.

2. A partir de enero de 1986:

a. Apoyar en el establecimiento de un banco de referencia técnica de inmuebles y equipo, para la adecuada operación del programa de conservación y mantenimiento.
b. Asesorar en la instalación de talleres de conservación y mantenimiento.
c. Asesorar y supervisar, a solicitud de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, el desarrollo del programa de construcción y de las actividades de conservación y mantenimiento.
d. Asesorar en la determinación del programa de construcción de unidades médicas.
e. Asumir la responsabilidad a solicitud de la Secretaria de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, en el programa respectivo de rehabilitación y ampliación de las unidades de segundo nivel.

VI. En materia de abastecimiento

1. Segundo semestre de 1985:

a. Efectuar el concurso de compra consolidada de medicamentos y materiales de curación, así como de los bienes de inversión que requiera la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado.
b, Proporcionar asesoría y apoyo a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, para conformar el sistema

estatal de adquisiciones, almacenamiento y distribución.

c. Estudiar y, de acuerdo a los presupuestos aprobados, otorgar los recursos adicionales necesarios para el sistema de abastecimien- **to estatal y jurisdiccional; especialmente,** en la distribución de insumos y para los trabajos de conservación y mantenimiento,

d. Proporcionar, en octubre de 1985, tres *pick ups* para ser destinadas a las unidades polivalentes, a la distribución de insumos y a trabajos de conservación y mantenimiento.

e. Proporcionar cursos de capacitación y adiestramiento para difundir la normativa aplicable en materia de abastecimiento.

f. Equipar, de conformidad con las normas técnicas aplicables, el espacio físico destinado a la guarda y conservación de insumos que para tal efecto proporcione la SSA y el gobierno del estado.

g. Apoyar a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado en la integración del programa anual de adquisiciones.

2. A partir de enero de 1986:

a. De conformidad con los programas de consumo y recursos presupuestales asignados al Estado, la SSA se compromete a elaborar la consolidación de necesidades, compra, almacenamiento y distribución hasta por el 50 por ciento de los recursos autorizados para la adquisición de medicamentos y material de curación.

Por lo que se refiere a la adquisición de los **bienes de operación no especificados, será** responsabilidad exclusiva de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado la compra, almacenamiento y distribución de los mismos, para lo cual los recursos presupuestales correspondientes se radicarán en la entidad.

En lo relativo a los bienes de inversión (capítulo 5000), su ejercicio presupuestal será responsabilidad de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, comprometiéndose a la adquisición, pago, almacenamiento y distribución de los insumos que se adquieran. La SSA se compromete a brindarle el apoyo a la entidad si así lo requiere, para la consolidación, concurso y asignación de bienes a nivel nacional.

b. Prestar, a petición de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, asesoría y apoyo en materia de adquisiciones, almacenamiento y distribución.

c. Dar aviso en la fase de los concursos a que haya lugar, a los industriales ganadores de los mismos para que el gobierno del estado efectúe la compra consolidada y entregue sus productos en el almacén de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado.

d. Proporcionar cursos de capacitación en materia de adquisiciones, alinacenamiento y distribución.

VII. En materia de aspectos patrimoniales

1. Segundo semestre de 1985:

a. Proporcionar cursos de capacitación en ma- **teria de inventarios.**

b. Brindar el apoyo necesario para la realizacón de bajas definitivas de bienes muebles.

2. A partir de enero de 1986:

a. Prestar, a petición de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, asesoría y apoyo en materia de inventarios y bajas definitivas.
b. Realizar las acciones correspondientes con el apoyo de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, para la regularización de los inmuebles.

Quinta. El lMSS se compromete a prestar los siguientes apoyos:

1. En materia financiera y *presupuestal*

1. Segundo semestre de 1985:

a. Cubrir oportunamente a los trabajadores del Programa lMSS-COPLAMAR que pasen a laborar a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, lo correspondiente a liquidaciones por diferencias en prestaciones con cargo al presupuesto autorizado para el programa y de conformidad con lo autorizado por la SPP.
b. Tramitar ante la SPP la transferencia del remanente de los recursos asignados al capítulo de servicios personales, relativos a las unidades que pertenecían al Programa IMSS-COPLAMAR correspondientes a 1965, así como proporcionar oportunamente a la SSA la información correspondiente una vez deducidas las liquidaciones mencionadas en el inciso a y el pago que se realice a los residentes y técnicos 28 (anestesiólogos) a que se refiere el inciso d de la fracción 11 de esta cláusula.
c. Apoyar en la elaboración del programa-presupuesto 1986 que incluye las unidades que pertenecían al Programa IMSS·COPLAMAR, en el cálculo de los costos directos e indirectos para cumplir con las metas establecidas.
d. Continuar hasta el mes de diciembre con el apoyo del fondo revolventc y con los gastos de operación e inversión de las unidades que pertenecían al Programa IMSS-COPLAMAR.

II. En materia de administración de personal

1. Segundo semestre de 1985:

a. Proporcionar los registros de aspirantes y candidatos a plazas de base y sustitutos, a través de la bolsa de trabajo de la delegación estatal.
b. Prestar apoyo a los recursos humanos en formación en los términos que establezca el convenio específico en materia de capacitación y ensefianza.
c. Continuar pagando a los médicos residentes y a los técnicos 28 (anestesiólogos) hasta el vencimiento de su contrato.

Ill. En materia de conservación, mantenimiento y *obra pública*

1. Segundo semestre de 1985:

a. Asesorar en la coordinación de las áreas responsables para implantar los programas de conservación y mantenimiento de las unidades operativas.
b. Impartir cursos de capacitación y actualización al personal técnico en mantenimiento

de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobicrno del estado.

c. Aportar perfiles para la determinación de plantillas óptimas de personal.
d. Proporcionar la metodología de supervisión **conforme a los programas establecidos.**
e. Asesorar y apoyar en la implantación del sistema de mantenimiento programado y proporcionar normas e información sobre **los máximos y mínimos de refacciones básicas necesarias.**
f. Proporcionar capacitación para la conservación de inmuebles, equipo médico y electromecánico, particularmente en unidades de segundo nivel.
g. Asesorar en el diseño arquitectónico, plantilla y equipamiento de las unidades médicas.
h. Desarrollar proyectos de modelos tipo, para la construcción de unidades médicas.

2. A partir de enero de 1986:

a. Asesorar en la coordinación de las áreas responsables para implantar los programas de conservación y mantenimiento de las unidades operativas.
b. Realizar los estudios de ingeniería industrial para la actualización de plantillas óptimas de personal.
c. Actualizar la metodología de supervisión conforme a los programas establecidos.
d. Asesorar en la operación del sistema de mantenimiento programado y actualizar los **máximos y mínimos de refacciones básicas** necesarias.
c. Proporcionar capacitación para la conservación de inmuebles, de equipo médico y **electromecánico, particularmente en** unidades de segundo nivel.
f. Actualizar, en su caso, los proyectos de modelos tipo para construcción de unidades médicas.
g. Asesorar en el desarrollo de obras arquitectónicas, plantilla y equipamiento de las unidades médicas.
h. Ejecutar obras a solicitud delgobierno del estado que hayan sido aprobadas por la SSA en el programa-presupuesto correspondiente.

IV. En materia de *abastecímiento*

1. Segundo semestre de 1985:

a. Continuar hasta el 31 de diciembre de 1985 con la dotación de insumos médicos y ad**ministrativos en niveles de consumo** adecuados a las unidades médicas, que se integraron a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado.
b. Proporcior:ar el espacio de almacenamiento requerido para la guarda y conservación de los insumos correspondientes a las unidades que pertenecían al Programa lMSS-COPLAMAR, hasta el 31 de diciembre de 1985.
c. Proporcionar asesoría, capacitación y apoyo en materias de almacenamiento, distribución, control interno, control de calidad y puntos de reorden, a petición de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado.

2. A partir de enero de 1986:

a. Apoyar a petición de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, el proceso de compra de insumos específicos de acuerdo con la normativa correspondiente.

b. Prestar asesoría a petición de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, en materia de adquisiciones de acuerdo con la normativa correspondiente.
c. Proporcionar asesoría, a petición de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado, de conformidad con el programa respectivo, en materia de almacenamiento y distribución.

Sexta. El gobierno del estado se compromete a prestar las siguientes actividades de apoyo logístico:

1. En materia de organización administrativa

1. Segundo semestre de 1985:

a. Implantar la estructura orgánica de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado y de las jurisdicciones sanitarias autorizadas por la SSA, con sujeción al presupuesto aprobado.
b. Elaborar, de conformidad con los lineamientos de la SSA, los manuales de organización, de procedimientos y de servicios que se requieran y someterlos a la aprobacón de la SSA.
c. Cubrir los puestos de la estructura orgánica de acuerdo con el tabulador autorizado y a los perfiles correspondientes a cada puesto, gestionando ante la SSA el dictamen médico respectivo para llevar a cabo los nombramientos de los puestos del segundo nivel en la estructura ocupacional. Así como los de los titulares de las unidades médicas de segundo nivel de atención.

2. A partir de enero de 1986:

a. Realizar los ajustes estructurales necesarios por efecto de la integración de operación de los servicios, ajustándose a la normativa correspondiente.
b. Realizar los cambios y ajustes a los manuales de procedimientos.
c. Precisar los documentos que regulen la operación de las jurisdicciones sanitarias.
d. Cubrir las vacantes que se generen en la estructura orgánica autorizada, sujetándose a los tabuladores, perfiles de puestos y presupuestos autorizados por la SSA.

JI. En materia de administración de personal

1. Segundo semestre de 1985:

a. Reclutar, seleccionar y nombrar al personal que se requiera para la prestación de los servicios a cargo de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado conforme al tabulador, plantilla y presupuestos autorizados por la SSA.
b. Instrumentar el sistema de pagos a nivel estatal, el cual operará a partir de 1986.

2. A partir de enero de 1986:

a. Incluir en el programa-presupuesto las necesidades de personal que requiere la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado.
b. Realizar las incidencias del personal de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado.
c. Operar el sistema de pagos a nivel estata!.

IIJ. En materia de conservación, mantenimiento y obra pública

1. Segundo semestre de 1985:

a. Establecer la coordinación entre las áreas responsables para instrumentar los programas de conservación y mantenimiento de unidades.
b. Implantar la coordinación entre las áreas responsables para llevar a cabo los programas de construcción y rehabilitación de unidades médicas.
c. Establecer las bases para la constitución del Comité Estatal de Obra Pública.

2. A partir de enero de 1986:

a. Consolidar la coordinación entre las áreas responsables para instrumentar los programas de conservación y mantenimiento de unidades.
b. Proporcionar, antes de que concluya el segundo semestre de 1986, los recursos y efectuar la instalación de tres talleres de **conservación y mantenimiento.**
c. Consolidar la coordinación entre las áreas responsables para llevar a cabo los programas de construcción y rehabilitación de unidades médicas.
d. Operar el Comité Estatal de Obra Pública.
e. Instrumentar el programa de conservación y mantenimiento.

IV. En materia de abastecimiento

1. Segundo semestre de 1985:

a. Proporcionar para el mes de septiembre de 1985 un almacén no menor de 1,000 metros cuadrados de superficie, destinado para la guarda y conservación de bienes e insumos que requiere la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado.
b. Proporcionar el equipo de distribución necesario para atender el suministro de unidades aplicativas y administrativas.
c. Elaborar con el apoyo de la SSA el programa anual de compra consolidada.
d. Distribuir en iguales términos los insumes correspondientes a las unidades que pertenecían al Programa IMSS-COPLAMAR, hasta el 31 de diciembre de 1985.
e. Efectuar la compra de insumos médicos y administrativos y de equipo, de conforrnidad con los concursos consolidados que en su caso se realicen con los cuadros básicos, en términos del programa anual convenido con la SSA.

2. A partir de enero de 1986:

a. Operar, con el apoyo del IMSS y la SSA, el sistema integrado de abastecimiento.
b. Efectuar las compras de insumos médicos y administrativos, de conformidad con los concursos consolidados que se realicen, el programa·presupuesto autorizado y los cuadros básicos.

V. En materia de aspectos patrimoniales

1. Segundo semestre de 1985:

a. Proporcionar a la SSA la información neceo saria para la regularización jurídica de los bienes inmuebles entregados en uso gratuito.

b. Cumplir con la normativa que al efecto expida la SSA en materia de control, sistema de inventario y baja de bienes muebles.

Séptima. La Secretaría de Salud y Desarrollo Social del gobierno del estado podrá solicitar a la SSA, en caso necesario, el incremento, ampliación o modificación de algunos servicios de apoyo logístico; dicha solicitud, en su caso, será tramitada ante el IMSS de conformidad Con los procedimientos previamente establecidos.

Octava. La Secretaría de Salud y Desarollo Social del gobierno del estado vigilará que los servicios de apoyo logístico se presten conforme a las normas, políticas y procedimientos que al efecto establezca la SSA.

Novena. El presente convenio tendrá vigencia indefinida; la modificación o terminación de algunos de los compromisos a que se refieren las cláusulas anteriores podrán realizarse de común acuerdo por las partes con la anticipación necesaria, para evitar deterioros en la prestación de los servicios.

Para efectos de interpretación o incumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente convenio, se estará a lo que las partes convengan .en cada caso.

Estando las partes conformes y enteradas del contenido y validez de este convenio, se firma en tres ejemplares en la ciudad de _____, a los_días del mes de _ de mil novecientos ochenta y cinco.

El Secretario de Salud, Dr. Guillermo Soberón Acevedo, rúbrica; el Gobernador Constitucional del Estado de Tlaxcala, Lic. Tullo Hernández Gómez, rúbrica; el Director General y Presidente del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Lic. Ricardo García Sáinz, rúbrica; el Secretario de Salud y Desarrollo Social del Gobierno del Estado, Dr. Luis Carvajal Espino, rúbrica.

Ley de Salud del Estado de Tlaxcala"

Al margen un sello con el Escudo Nacional y una leyenda que dice: Estados Unidos Mexicanos. Congreso del Estado Libre y Soherano de Tlaxcala.

El C. Lic. Tulio Hemández Gómez, Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala, a sus habitantes sabed:

Que por conducto de la Secretaría del H. Congreso del mismo, se me ha comunicado lo siguiente:

DECRETO NUMERO 59

LEY DE SALUD DEL ESTADO DETLAXCALA

TITULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO lo. La presente leyes de orden público e interés social, reglamenta el derecho a la protección de la salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para disfrutar de los servicios de salud proporcionados por el Estado y la competencia de éste en materia de salubridad local, así como la forma en que los municipios prestarán servicios de salud.

ARTICULO 20. El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

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

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

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

IV. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, y

·Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Tlaxcala de 20 de febrero de 1985.

V. El desarrollo de la enseñanza y la investigaeión eientífiea y teenológiea en materia de salud.

ARTICULO 30. En los términos de la Ley General de Salud y de la presente Ley, eorresponde al Estado:

A. En materia de salubridad general:

1. El eontrol sanitario de expendios de alimentos y de bebidas no alcohólicas y alcohólicas;
11. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
III. La ateneión materno-infantil;
IV. La prestación de servicios de planificación familiar;
V. La salud mental;
VI. La organizaeión, coordinación y VIgllancia del ejercicio de las actividades profesionales técnicas y auxiliares para la salud;
VII. La promoción de la formación de recursos humanos para la atención de la salud;
VIII. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en seres humanos;
IX. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud;
X. La educación para la salud;
XI. El control y apoyo de acciones en materia de nutrición;
XII. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;
XIII. La salud ocupacional en los términos del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
XIV. La prevención y el control de enfermedades transmisibles y de las no transmisibles:
XV. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos;
XVI. La asistencia social;
XVII. Participar con las autoridades federales en el desarrollo de los programas contra el alcoholismo y el tabasquismo, y
xVIII. Las demás que establezcan las Leyes.

B. En materia de salubridad local, el control sanitario de:

1. Mercados y centros de abastos;
11. Construcciones, excepto las de los establecimientos de salud;
III. Panteones;
IV. Limpieza pública;
V. Rastros;
VI. Agua potable y alcantarillado;
VII. Establos;
VIII. Centros de internamiento;
IX. Baños públicos;
X. Centros de reunión y espectáculos públicos;
XI. Establecimientos dedicados a la prestación de servicios como peluquerías, salones de belleza y otros;
XII. Hoteles y casas de huéspedes;
XIII. Transporte estatal y municipal;
XIV. Gasolinerías, y
XV. Las demás materias que determine esta Ley y demás disposiciones generales aplicables.

ARTICULO 40. Son autoridades sanitarias estatales:

1. El Gobernador del Estado.
11. La Secretaría de Salud, y
111. Los Ayuntamientos, en los términos de los acuerdos que celebren con el Goberna-

dor del Estado de conformidad con esta Ley y demás disposiciones legales aplicables.

TITULO SEGUNDO

SISTEMA ESTATAL DE SALUD

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 50. El Sistema Estatal de Salud está constituido por las dependencias y entidades públicas del Estado y las personas físicas y jurídicas de los sectores social y privado que presten servicios de salud en la Entidad.

El Sistema Estatal de Salud, con la intervención que corresponda al Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado, definirá los mecanismos de coordinación y colaboración en materia de planeación de los servicios de salud en el Estado.

ARTICULO 60. El sistema estatal de salud tiene los siguientes objetivos:

1. Proporcionar servicios de salud a toda la población del Estado y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios del Estado y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;

11. Contribuir al adecuado desarrollo demográfico del Estado;

111. Colaborar al bienestar social de la población del Estado, 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;

IV. Dar impulso al desarrollo dr- la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la **niñez;**

V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente del Estado, que propicien el desarrollo satisfactorio de la **vida;**

VI. Impulsar en el ámbito Estatal, un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud, y

VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los «-rvicios que se presten para su protección.

ARTICULO 70. La coordinación del sistema estatal de salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, a quien le corresponderá:

1. Establecer y conducir la política estatal en materia de salud en los términos de esta Ley y demás disposiciones. aplicables y de conformidad con las políticas del sistema nacional de salud;

11. Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la administración pública estatal;

IlI. Apoyar la coordinación de los programas y servicios de Salud, en los términos de la legislación aplicable y de los acuerdos de coordinación que en su caso se celebren.

En el caso de los programas y servicios de las Instituciones Federales de Seguridad So-

cial, el mencionado apoyo se realizará tomando en cuenta lo que previenen las leyes que rigen el funcionamiento de dichas instituciones;

IV. Impulsar, en los términos de los convenios que al efecto se suscriban, la desconcentración y descentralización de los Servicios de Salud, en favor de los Municipios;

V. Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Ejecutivo Estatal;

VI. Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades de Salud del Estado, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;

VII. Coordinar el proceso de programación de las actividades de salud en el Estado, con sujeción a las disposiciones legales aplicables;

VIII. Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud del Estado;

IX. Impulsar en el ámbito Estatal, las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;

X. Coadyuvar con las Dependencias Federales competentes, a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud,

XI. Promover el establecimiento de un Sistema Estatal de información básica en materia de salud;

XII. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y educativas del Estado, para formar y capacitar recursos humanos para la salud,

XIII. Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del-Sistema Estatal de Salud;

XIV. Promover e impulsar la participación de la comunidad del Estado en el cuidado de su salud;

XV. Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud, y

XVI. Las demás atribuciones que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Estatal de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.

ARTICULO 80. La Secretaría de Salud promoverá la participación en el Sistema Estatal de Salud, de los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado, así como de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de los mismos.

ARTICULO 90. La concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos, los cuales se ajustarán a las siguientes bases:

1. Definición de las responsabilidades que asuman los integrantes de los sectores social y privado;

11. Determinación de las acciones de orientación, estímulo y apoyo que llevará a cabo la estructura administrativa;

111. Especificación del carácter operativo de la concertación de acciones, con reserva de

las funciones de autoridad de la Secretaría de Salud, y

IV. Expresión de las demás estipulaciones que de común acuerdo establezcan las partes.

ARTICULO 10. La competencia de las autoridades sanitarias en la planeación, regulación, **organización y funcionamiento del** Sistema Estatal de Salud, se regirá por las disposiciones de esta Ley y demás normas generales aplicables.

ARTICULO 11. El gobierno del Estado, con la participación que corresponda al Comité de Planeación para el Desarrollo Estatal, elaborará el Programa Estatal de Salud, tomando en cuenta las prioridades y los servicios de los Sistemas Nacional y Estatal de Salud.

CAPITULO II

DlSTRffiUCION DE COMPETENCIAS

ARTICULO 12. Corresponde al Ejecutivo del Estado, por conducto de la Secretaría de Salud:

A. En materia de programación:

1. Organizar y evaluar los servicios de salud a que se refiere el apartado A del artículo 30. de esta Ley;

11. Coordinar el Sistema Estatal de Salud y coadyuvar en el funcionamiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud;

111. Formular y desarrollar programas locales de salud en el marco del Sistema Estatal de Salud, del Sistema Nacional de Salud y de acuerdo con los principios y objetivos de la planeación nacional;

IV. Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad local a cargo de los municipios, con sujeción a las políticas Nacional y Estatal de Salud, y a los convenios que al efecto se celebren;

V. Vigilar y hacer cumplir, en la esfera de su competencia, la Ley General de Salud, la presente Ley y demás disposiciones legales aplicables;

VI. Celebrar con el Gobierno Federal los acuerdos de coordinación en materia de salubridad general concurrente y los convenios a que se refiere la fracción X del artículo liS de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los convenios con los municipios para la prestación de servicios sanitarios locales, y

VII. Las demás que sean necesarias para hacer efectivas las facultades anteriores y las que se deriven de la Ley General de Salud, de esta Ley y de otras disposiciones legales aplicables.

B. En materia de salubridad local:

1. Dictar las normas técnicas a que se sujetará el control sanitario de los establecimientos y servicios de salubridad local a que se refiere el apartado B del artículo 30. de esta Ley;

11. Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad local a cargo de los Municipios con sujeción a la política nacional y estatal de salud y en los con**venios que se suscriban;**

111. Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta Ley y demás disposiciones legales aplicables, y

IV. La sanidad en los límites con otras entidades.

ARTICULO 13. Para los efectos de esta Ley, se entiende por norma técnica el conjunto de reglas científicas y tecnológicas de carácter obligatorio, emitidas por la entidad administrativa correspondiente, que establezcan los requisitos que deben satisfacerse en el desarrollo de actividades en materia de salubridad local, con el objeto de uniformar principios, criterios, políticas y estrategias.

ARTICULO 14. El Ejecutivo Estatal, a través de la Secretaría de Salud, podrá convenir con los Ayuntamientos la prestación, por parte de éstos, de los servicios de salubridad general concurrente y salubridad local cuando su desarrollo económico y social lo haga necesario.

ARTICULO 15. Corresponde al Ejecutivo del Estado, a través de la Secretaría de Salud y de la estructura administrativa correspondiente, organizar, administrar, operar y evaluar los servicios de salud a que se refiere el apartado A del artículo 30. de esta Ley.

ARTICULO 16. Compete a los Ayuntamientos:

1. Asumir, en los términos de esta Ley y de los convenios que suscriban con el Ejecutivo del Estado, los servicios de salud a que se refiere el artículo 30. de este ordenamiento;

11. Asumir la administración de los establecimientos asistenciales y de salud que descentralicen en su favor los gobiernos federal y estatal en los términos de las Leyes aplicables y de los convenios que al efecto se celebren;

m. Formular y desarrollar programas municipales de salud, en el marco del Sistema Nacional de Salud, del Sistema Estatal de Salud y de acuerdo con los principios y objetivos de los planes nacional, estatal y municipales de desarrollo;

1V. Vigilar y hacer cumplir en la esfera de su competencia, la Ley General de Salud, la presente Ley y las demás disposiciones generales aplicables, y

V. Las demás que sean necesarias para hacer efectivas las atribuciones anteriores y las que se deriven de esta Ley.

ARTICULO 17. Los ingresos que se obtengan por los servicios de salud que se presten en los términos de esta Ley, se afectarán al mismo concepto en la forma que establezca la legislación fiscal aplicable.

ARTICULO 18. El Gobierno del Estado y los Municipios, en los términos de los correspondientes convenios que se establezcan, darán prioridad a los siguientes servicios sanitarios;

I. Agua potable y alcantarillado;
11. Recolección y depósito de basuras;
1II. Letrinas, y
IV. Retretes públicos.

ARTICULO 19. El Gobierno del Estado podrá celebrar convenios de coordinación y cooperación sanitaria con los gobiernos de los Estados circunvecinos, sobre aquellas materias que sean de su interés común. Asimismo, los Municipios del Estado podrán celebrar entre ellos este tipo de convenios sobre materias sanitarias que sean de la competencia municipal.

ARTICULO 20. El Gobierno del Estado podrá celebrar con el Ejecutivo Federal acuerdos de coordinación a fin de que éste asuma

temporalmente la prestación de servicros de salubridad general concurrente, en los términos que en dichos acuerdos se convengan.

ARTICULO 21. La prestación de los servicios de asistencia social, que establece esta Ley, se llevará a cabo por el Gobierno del Estado a través del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia; este organismo promoverá la interrelación de acciones que en el campo de asistencia social lleven a cabo las instituciones públicas y privadas.

TITULO TERCERO

PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 22. Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

1. De atención médica;
II. De salud pública, y
Ill. De asistencia social.

ARTICULO 23. Conforme a las prioridades del sistema estatal de salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.

ARTICULO 24. Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios; de regionalización y de escalonamiento de los servicios, de universalización de cobertura y de colaboración interinstitucional

ARTICULO 25. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

1. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;

B. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;

m. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

IV. La atención materno-infantil;

V. La planificación familiar;

VI. La salud mental;

VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales;

VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;

IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición,

X. La asistencia social a los grupos más vulnerables, y

XI. Las demás que establezca esta Ley y otras disposiciones legales aplicables,

ARTICULO 26. El Gobierno del Estado, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, vigilará que las instituciones que presten servicios de salud en la entidad, apliquen el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud. Asimismo, dicho Gobierno convendrá con el Gobierno Federal los términos en que las dependencias y entidades del Estado que presten servicios de salud, podrán participar en la elaboración del mencionado cuadro básico.

ARTICULO 27. El Gobierno del Estado coadyuvará con las autoridades federales competentes, para que se garantice a la población del Estado, la disponibilidad de medicamentos esenciales.

ARTICULO 28. La Secretaría de Salud coadyuvará con las demás dependencias estatales para que los establecimientos de los sectores público, social y privado dedicados al expendio de medicamentos y a la provisión de insumos para su elaboración, se ajusten a lo que al efecto establecen las Leyes aplicables.

ARTICULO 29. El Gobierno del Estado, en coordinación con las dependencias competentes del Ejecutivo Federal, coadyuvará a asegurar en el Estado la adecuada distribución y comercialización de los medicamentos y demás insumes de salud, así como la fijación de los precios máximos de venta al público.

CAPITULO 11

ATENCION MEDICA

ARTICULO 30. Las acciones de atención médica son:

1. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

11. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico preliminar y proporcionar tratamiento oportuno, y

111. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir la invalidez física y mental.

CAPITULO 111

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

ARTICULO 31. Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

l. Servicios públicos a la población en general,

11. Servicios a derechohabientes de la institución enc.argada de ofrecer servicios de seguridad SOCIal a los servidores públicos del Estado y de los municipios, o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Estatal preste la misma institución a otros grupos de usuarios, y

III. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca el Gobierno del Estado.

ARTICULO 32. Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del Estado que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

ARTICULO 33. Las cuotas de recuperación que, en su caso, se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal del Estado y al convenio de coordinación que se celebre en la materia con el Ejecutivo Federal.

Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario.

Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones del Gobierno del Estado.

ARTICULO 34. Cuando por la prestación de los servicios de salud deba requerirse a los usuarios la realización de jornadas de trabajo, el gobierno del estado determinará a qué obras de beneficio colectivo se aplicarán dichas jornadas.

ARTICULO 35. Son servicios a derechohabientes, los que se refieren en la fracción Il del artículo 30 de esta Ley prestados a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las instituciones conforme a sus leyes y también los prestados a sus beneficiarios; los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Estatal presten dichas instituciones a otros grupos de usuarios.

ARTICULO 36. Los servicios de salud que presten las entidades públicas estatales o empresas privadas a sus empleados y a los beneficiarios de los mismos, con recursos propios o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, se regirán por las convenciones entre prestadores y usuarios, sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables a las instituciones de salud respectivas.

ARTICULO 37. Los trabajadores de los establecimientos estatales de salud podrán participar en la gestión de los mismos, de conformidad con las disposiciones generales aplicables, y podrán opinar y emitir sugerencias tendientes al mejoramiento de los servicios de salud.

ARTICULO 38. El Gobierno Federal y los Municipios podrán convenir con las instituciones federales de seguridad social, la prestación de servicios de salud para sus trabajadores.

ARTICULO 39. La Secretaría de Salud, en coordinación con las autoridades educativas, vigilará en el Estado el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos, procurando la coordinación con la autoridad educativa federal.

CAPITULO IV

USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

ARTICULO 40. La Secretaría de Salud coadyuvará con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud y estimularán su participación en el Sistema Estatal de Salud, como instancias éticas del ejercicio de las profesiones, promotoras de la superación permanente de sus miembros, así como consultoras de las autoridades sanitarias, cuando éstas lo requieran.

ARTICULO 41. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

ARTICULO 42. Los usuarios deberán ajustarse a las reglamentaciones internas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y dispensar cuidado y diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición.

ARTICULO 43. La Secretaría de Salud establecerá las bases para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos de la

población en general y a los servicios sociales y privados en el Estado.

ARTICULO 44. Las autoridades sanitarias del Estado establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos.

ARTICULO 45. Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidarán, por los memos a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a otras **instituciones.**

ARTICULO 46. De conformidad con lo que señalen las disposiciones generales aplicables, los agentes del Ministerio Público que reciban informes o denuncias sobre personas que requieran de servicios de salud de urgencia, deberán disponer que las mismas sean trasladadas de inmediato al establecimiento de salud más cercano.

ARTICULO 47. La participación de la comunidad en los programas de protección de la salud y en la prestación de los servicios respectivos, tiene por objeto fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población del Estado.

ARTICULO 48_ La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las **siguientes acciones:**

1. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes;

II. Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud;

Ill. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;

IV. Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud, cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar **auxilio por sí mismas;**

V. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud;

VI. Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud, y

VII. Otras actividades que coadyuven a la protección de la salud.

ARTICULO 49. La Secretaría de Salud, y demás instituciones de salud estatales, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y acciden-

tes, y de prevención de invalidez y de rehabilitación de inválidos.

ARTICULO 50_ Para los efectos del artículo anterior, y con sujeción a la legislación agraria, en su caso, y demás disposiciones legales aplicables, en las cabeceras municipales, agencias municipales, ejidos y comunidades, se constituirán comités de salud, los cuales tendrán como objetivo participar en el mejoramiento y vigilancia de los servicios de salud de sus localidades y promover mejores condiciones ambientales que favorezcan la salud de la población.

ARTICULO 51. Los ayuntamientos y los comisariados ejidales y comunales, con sujeción a la legislación agraria, en su caso, y en la disposiciones legales aplicables, en coordinación con las instituciones de salud y las autoridades educativas competentes, tendrán la responsabilidad de organizar los comités a que se refiere el artículo anterior y de que cumplan los fines para los que sean creados.

ARTICULO 52. Se concede acción popular para denunciar ante las autoridades sanitarias del Estado todo hecho, acto u omisión que represente un riesgo o provoque un daño a la salud de la población.

La acción popular podrá ejercitarse por cualquier persona, bastando para darle curso, el señalamiento de los datos que permitan localizar la causa del riesgo.

CAPITULO V

ATENCION MATERNO-INFANTIL

ARTICULO 53. La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

1. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;

II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, y

III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.

ARTICULO 54. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de Comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

ARTICULO 55. La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.

ARTICULO 56. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias del Estado establecerán procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de 108 padecimientos de los usuarios.

ARTICULO 57. Las autoridades sanitarias estatales, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

1. Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil;

II. Las actividades recreativas; de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes;

III. La vigilancia de actividades ocupaciona-

les que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas, y

IV. Las demás que coadyuven a la protección de la salud materno-infantil.

ARTICULO 58. En materia de higiene escolar, corresponde al Gobierno del Estado establecer las normas técnicas para proteger la salud del educando y de la comunidad escolar de los centros educativos dependientes del Estado. Las autoridades educativas y sanitarias estatales se coordinarán para la aplicación de las mismas.

La prestación de servicios de salud a los escolares se efectuará de conformidad con las bases de coordinación que se establezcan entre las autoridades sanitarias estatales y educativas competentes.

CAPITULO VI

SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

ARTICULO 59. La planificación familiar tiene carácter prioritario. Los servicios que en los términos del párrafo segundo del artículo 40. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de la legislación aplicable en materia de población, se presten en la materia, constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

ARTICULO 60. Los servicios de pllKlificación familiar comprenden:

1. La promoclOn del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población;

11. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;

III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población;

IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana, y

V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros ínsumos destinados a los servicios de planificación familiar.

ARTICULO 61. Los comités de salud a que se refiere el artículo 50 de esta Ley, promoverán que en las poblaciones y comunidades semiurbanas y rurales se impartan pláticas de orientación en materia de planificación familiar. Las instituciones de salud y educativas brindarán al efecto el apoyo necesario.

ARTICULO 62. El Gobierno del Estado coadyuvará con la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, en las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población y

del Programa de Planificación Familiar del Sector Salud, y cuidará que se incorporen en los programas estatales de salud.

CAPITULO VII

SALUD MENTAL

ARTICULO 63. La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario, se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

ARTICULO 64. Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud y las instituciones de salud en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;

II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;

III. La realización de programas para la prevención del uso de substancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras substancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y

IV. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

ARTICULO 65. La atención de las enfermedades mentales comprende:

I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o substancias psicotrópicas, y

II. La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

ARTICULO 66. La estructura administrativa que el Ejecutivo estatal determine, conforme a las normas técnicas que establezca la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, prestará atención a los enfermos mentales que se encuentren en reclusorios del Estado o en otras instituciones estatales no especializadas en salud mental.

A estos efectos, se establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda.

ARTICULO 67. Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurarán la atención inmediata de los menores que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer la existencia de enfermedades mentales.

A tal efecto, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de enfermos mentales.

TITULO CUARTO

RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

CAPITULO I

PROFESIONALES, TECNICOS y AUXILIARES

ARTICULO 68. En el Estado de Tlaxcala el ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiÍiares y de las especialidades para la salud, estará sujeto a:

I. Las especificaciones legales que rigen el ejercicio profesional en el Estado;

II. Las bases de coordinación que, conforme a la Ley, se definan entre las autoridades educativas y las autoridades sanitarias del Estado;

III. Los convenios que al efecto se suscriban entre el Gobierno del Estado y el Gobierno Federal, y

IV. Las disposiciones de esta Ley y demás normas jurídicas aplicables.

ARTICULO 69. Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, **química, psicología, ingeniería sanitaria, nu**trición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, enfermería, laboratorio clínico, radiología, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, prótesis y órtesis, trabajo social; nutrición, citotecnología, patología, bioestadística, codificación **clínica, bioterios, farmacia, saneamiento, his**topatología y embaIsamiento y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

ARTICULO 70. Las autoridades educativas del Estado proporcionarán a las autoridades sanitarias estatales la relación de títulos, diplomas y certificados, del área de la salud que hayan registrado y la de cédulas profesionales expedidas, así como la información complementaria sobre la materia que sea necesaria.

En el caso en que exista convenio entre e! Gobierno de! Estado y el Ejecutivo Federal en materia de registro profesional y expedición de cédulas profesionales, el Gobierno del Estado cuidará que se proporcione la información a que se refiere e! párrafo anterior.

ARTICULO 71. Quienes ejerzan las actividades profesionales, técnicas y auxiliares y las especialidades a que se refiere este Capítulo, deberán poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el título, diploma o certificado y, en su caso, el número de su correspondiente cédula profesional. Iguales menciones deberán consignarsc en los documentos y papelería que utilicen en e! ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen a su respecto.

CAPITULO 11

SERVICIO SOCIAL DE PASANTES Y PROFESIONALES

ARTICULO 72. Todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas deberán prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa y de las de esta Ley.

ARTICULO 73. Los aspectos docentes de la prestación del servicio social se regirán por lo que establezcan las instituciones de educación superior, de conformidad con las atribuciones que les otorgan las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes.

La operación de los programas en los establecimientos de salud del Estado se llevará a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos por cada una de' las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias estatales.

ARTICULO 74. Para la eficaz prestación del servicio social de pasantes de las profesiones para la salud, se establecerán mecanismos de coordinación entre las autoridades sanitarias del Estado y las educativas, con la participación que corresponda a otras dependencias competentes.

ARTICULO 75. La prestación del servicio social de los pasantes de las profesiones para la salud, se llevará a cabo mediante la participación de los mismos en las unidades aplicativas del primer nivel de atención, prioritariamente en áreas urbanas y rurales de menor desarrollo económico y social del Estado.

Para los efectos del párrafo anterior el Gobierno del Estado, en coordinación con las instituciones educativas y de salud, definirán los mecanismos para que los pasantes de las profesiones para la salud participen en la organización y operación de los comités de salud a que alude el artículo 50 de esta Ley.

ARTICULO 76. Las autoridades sanitarias del Estado, con la participación de las instituciones de educación superior, elaborarán programas de carácter social para los profesionales de la salud, en beneficio de la colectividad del Estado de Tlaxcala, de conformidad con las disposiciones legales aplicables al ejercicio profesional.

CAPITULO III

FORMACION, CAPACITACION y ACTUALlZACION DEL PERSONAL

ARTICULO 77. Las autoridades educativas, en coordinación con las autoridades sanitarias estatales y con la participación de las instituciones de educación superior, recomendarán normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud.

Las autoridades sanitarias, sin perjuicio de la competencia que sobre la materia corresponda a las autoridades educativas y en coordinación con ellas, así como con la participación de las instituciones de salud establecerán las normas y criterios para la capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud.

ARTICULO 78. Corresponde al Gobierno del Estado, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas:

1. Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del estado en materia de salud;

II. Apoyar la creación de centros de capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud;

III. Otorgar facilidades para la enseñanza y adiestramiento en servicio dentro de los establecimientos de salud, a las instituciones que tengan por objeto la formación, capacitación o actualización de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, de conformidad con las normas que rijan el funcionamiento de los primeros, y

IV. Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas.

ARTICULO 79. La Secretaría de Salud sugerirá a las autoridades e instituciones educativas, cuando éstas lo soliciten, criterios sobre:

1. Los requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones dedicadas a la formación de recursos humanos para la salud, en los diferentes niveles académicos y técnicos, y

II. El perfil de los profesionales para la salud en sus etapas de formación.

ARTICULO 80. La Secretaría de Salud, en coordinación con las autoridades federales competentes, impulsarán y fomentarán la formación, capacitacíón y actualización de los recursos humanos para los servicios de salud, de conformidad con los objetivos y prioridades de los Sistemas Nacional y Estatal de Salud, de los programas educativos y de las necesidades de salud del Estado.

ARTICULO 81. Los aspectos docentes del internado de pregrado y de las residencias de especialización, se regirán por lo que establezcan las instituciones de educación superior, y deberán contribuir al logro de los objetivos de los Sistemas Nacional y Estatal de Salud, de conformidad con las atribuciones que les otorguen las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes.

La operación de los programas correspondientes en los establecimientos de salud, se llevará a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos por cada una de las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias competentes.

TITULO QUINTO

INVESTIGACION PARA LA SALUD

CAPITULO UNICO

ARTICULO 82. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

1. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

IV. Al conocimiento y control de los efectos nocívos del ambiente en la salud;

V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

ARTICULO 83. La Secretaría de Salud apoyará y estimulará el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

ARTICULO 84. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

1. Deberá sujetarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

11. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

111. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la **investigación, y**

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

ARTICULO 85. Quien realice investigación **en seres humanos en contravención a lo dis**puesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

ARTICULO 86. En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del fami**liar más cercano en vínculo, y sin perjuicio** de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables.

TITULO SEXTO

INFORMACION PARA LA SALUD

CAPITULO UNICO

ARTICULO 87. La Secretaría de Salud, de conformidad con la Ley de información estadística y geográfica y con los criterios de carácter general que emita el Ejecutivo Federal, captará, producirá y procesará la información necesaria para el proceso de planeación,

programación, presupuestación y control de los sistemas nacional y estatal de salud, así como sobre el estado y evolución de la salud pública de la entidad.

La información se referirá, fundamentalmente, a los siguientes aspectos:

1. Estadística de natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez;

n. Factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud, y

In. Recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población, y su utilización.

ARTICULO 88. Los establecimientos que presten servicios de salud y los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud del Estado, proporcionarán a éste y a las autoridades federales competentes, la información correspondiente, sin perjuicio de las obligaciones de suministrar información que les señalen otras disposiciones legales.

TITULO SEPTIMO

PROMOCION DE LA SALUD

CAPITULO I

DISPOSICIONES COMUNES

ARTICULO 89. La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuados para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

ARTICULO 90. La promoción de la salud comprende:

I. Educación para la salud;

n. Nutrición;

Ill. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud, y

IV. Salud ocupacional.

CAPITULO u

EDUCACION PARA LA SALUD

ARTICULO 91. La educación para la salud tiene por objeto:

1. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;

n. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y

Ill. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

ARTICULO 92. Las autoridades sanitarias estatales, en coordinación con las autoridades federales competentes, propondrán y desarro-

llarán programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

El Gobierno del Estado, en coordinación con las autoridades federales competentes, promoverá programas de educación para la salud que puedan ser difundidos en los medios masivos de comunicación social que actúen en el ámbito del Estado.

CAPITULO III

NUTRICION

ARTICULO 93. El Gobierno del Estado formulará y desarrollará programas de nutrición estatales promoviendo la participación en los mismos de los organismos cuyas atribuciones tengan relación con los mismos, así como de los sectores social y privado.

ARTICULO 94. En los programas a que se refiere el artículo anterior, se incorporarán acciones que promuevan el consumo de alimentos de producción regional, procurando al efecto la participación de las organizaciones campesinas, ganaderas, cooperativas y otras organizaciones sociales cuyas actividades se relacionen con la producción de alimentos.

CAPITULO IV

EFECTOS DEL AMBIENTE EN LA SALUD

ARTICULO 95. Las autoridades sanitarias del Estado establecerán las normas, tomarán las medidas y realizarán las actividades a que se refiere esta Ley tendientes a la protección de la salud humana ante los riesgos y daños dependientes de las condiciones del ambiente.

ARTICULO 96. Corresponde a la Secretaría de Salud:

I. Investigar en forma permanente y sistemática, los riesgos y daños que para la salud de la población origine la contaminación del ambiente;

II. Vigilar la calidad del agua para el uso y consumo humano;

III. Vigilar la seguridad radiológica para el uso y aprovechamiento de fuentes de radiación, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes.

ARTICULO 97. El Gobierno del Estado, a través de las dependencias y entidades competentes, se coordinará con las dependencias federales competentes, para la prestación de los servicios a que se refiere este Capítulo.

ARTICULO 98. Las personas que intervengan en el abastecimiento de agua no podrán suprimir la dotación de servicios de agua potable y avenamiento de los edificios habitados, excepto en los casos que determinen las disposiciones generales aplicables.

ARTICULO 99. Queda prohibida la descarga de aguas residuales o de contaminantes en cualquier cuerpo de agua superficial o subterráneo, cuyas aguas se destinen para uso o consumo humano.

Los usuarios que aprovechen en su servicio aguas que posteriormente serán utilizadas para uso o consumo de la población, estarán obligados a darles el tratamiento correspondiente a fin de evitar riesgos para la salud humana.

TITULO OCTAVO

PREVENCION y CONTROL DE ENFERMEDADES Y ACCIDENTES

CAPITULO I

DISPOSICIONES COMUNES

ARTICULO 100. El Gobierno del Estado, en coordinación con las autoridades federales e instituciones competentes, promoverán, desarrollarán y difundirán investigaciones multidisciplinarias que permitan prevenir y controlar las enfermedades y accidentes ocupacionales, y estudios para adecuar los instrumentos y equipos de trabajo a las características del hombre.

Asimismo, ejercerá el control sanitario sobre los establecimientos en los que se desarrollen actividades ocupacionales, para el cumplimiento de los requisitos que en cada caso deban reunir, de conformidad con lo que establezcan los reglamentos respectivos.

ARTICULO 101. El Gobierno del Estado a través de las dependencias y entidades competentes, en coordinación con las autoridades federales, con las autoridades ejídales y comunales correspondientes y con la autoridad estatal encargada de la administración del distrito de riego, orientará a la población para evitar la contaminación de aguas de presas, pluviales, lagos y otras que se utilicen para riego o para uso doméstico, originada por plaguicidas, substancias tóxicas y desperdicios o basura.

CAPITULO Il

SALUD OCUPACIONAL

ARTICULO 102. La Secretaría de Salud tendrá a su cargo el control sanitario de los establecimientos en los que se desarrollen actividades ocupacionales, para el cumplimiento de los requisitos que en cada caso deberá reunir, de conformidad con lo que establezcan los reglamentos respectivos.

ARTICULO 103. El Gobierno del Estado, en coordinación con las dependencias y entidades federales competentes, desarrollará y difundirá investigación multidisciplinaria que permita prevenir y controlar las enfermedades y accidentes ocupacionales, así como estudios para adecuar los instrumentos y equipo de trabajo a las características del hombre.

CAPITULO m

ENFERMEDADES TRANSMISmLES

ARTICULO 104. Las autoridades sanitarias estatales, en coordinación con las autoridades sanitarias federales, elaborarán programas o campañas temporales o permanentes, para el controlo erradicación de aquellas enfermedades transmisibles que constituyan un problema real o potencial para la salubridad general de la República.

Asimismo, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles:

l. Cólera, fiebre tifoidea, paratifoidea, shigelosis, amibiasis, hepatitis virales y otras enfermedades del aparato digestivo;

II. Influenza epidémica, otras infecciones agudas del aparato respiratorio, infecciones meningocóccicas y enfermedades causadas por estreptococos;

III. Tuberculosis;

IV. Difteria, tosferina, **tétanos, sarampión,** poliomielitis, rubeola y parotiditis infecciosa;

V. Rabia, peste, brucelosis y otras zoonosis. En estos casos, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal coordinará sus actividades con la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos;

VI. Fiebre amarilla, dengue y otras enfermedades virales transmitidas por artrópodos;

VII. Paludismo, tifo, fiebre recurrente transmitida por piojo, otras rickettsiosis, leishmaniasis, tripanosomiasis y onchocercosis;

VIII. Sífilis, infecciones gonocóccicas y otras enfermedades de transmisión sexual;

IX. Lepra y mal del pinto;

X. Micosis profundas;

XI. Helmintiasis intestinales y extraintestinales;

XII. Toxoplasmosis, y

XIII. Las demás que determinen el Consejo de Salubridad General y los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte.

ARTICULO 105. Es obligatoria la notifi**cación a la autoridad sanitaria más cercana, de** las siguientes enfermedades y en los términos **que a continuación se especifican:**

1. Inmediatamente, en los casos individuales de enfermedades objeto del Reglamento Sanitario Internacional: fiebre amarilla, peste y cólera;

II. Inmediatamente, en los casos de cualquier enfermedad que se presente en forma de brote o epidemia;

III. En un plazo no mayor de veinticuatro horas en los casos individuales de enfermedades objeto de vigilancia internacional: poliomielitis, meningitis meningocóccica, tipo epidémico, fiebre recurrente transmitida por piojo, influenza viral, paludismo, sarampión, tosferina, así como los de difteria y los casos humanos de encefalitis equina venezolana, y

IV. En un plazo no mayor de veinticuatro horas de los primeros casos individuales de las demás enfermedades transmisibles que se presenten en un área no infectada.

ARTICULO 106. Las personas que ejerzan la medicina o que realicen actividades afines, están obligadas a dar aviso a las autoridades sanitarias de los casos de enfermedades transmisibles, posteriormente a su diagnóstico o sospecha diagnóstica.

ARTICULO 107. Están obligados a dar aviso, en los términos del, artículo 105 de esta Ley, los jefes o encargados de laboratorios, los directores de unidades médicas, escuelas, fábricas, talleres, asilos, los jefes de oficinas, establecimientos comerciales o de cualquier otra índole y, en general, toda persona que por circunstancias ordinarias o accidentales tenga conocimiento de alguno de los casos de enfermedades a que se refiere esta Ley.

ARTICULO 108. Las medidas que se requieran para la prevención y el control de las enfermedades que enumera el artículo 104 de esta Ley, deberán ser observadas por los particulares, el ejercicio de esta acción comprenderá una o más de las siguientes medidas, según el caso de que se trate:

I. La confirmación de la enfermedad por los medios clínicos disponibles;

11. El aislamiento, por el tiempo estrictamente necesario, de los enfermos, de los sospechosos de padecer la enfermedad y de los portadores de gérmenes de la misma, así como la limitación de sus actividades cuando así se amerite por razones epidemiológicas;

III. La observación, en el grado que se requiera, de los contactos humanos y animales;

IV. La aplicación de sueros, vacunas y otros recursos preventivos y terapéuticos;

V. La descontaminación microbiana o parasitaria, desinfección y desinfectación de zonas, habitaciones, ropas, utensilios y otros objetos expuestos a la contaminación;

VI. La destrucción o control de vectores y reservorios y de fuentes de infección naturales o artificiales, cuando representen peligro para la salud;

VII. La inspección de pasajeros que puedan ser portadores de gérmenes, así como la de equipajes, medios de transporte, mercancías y otros objetos que puedan ser fuentes o vehículos de agentes patógenos, y

VIII. Las demás que determine esta Ley, sus reglamentos y la Secretaría de Salud.

ARTICULO 109. Las autoridades no sanitarias cooperarán en las acciones para combatir las enfermedades transmisibles, estableciendo las medidas que estimen necesarias, sin contravenir las disposiciones de esta Ley, las que expida el Consejo de Salubridad General y las normas técnicas que dicte la Secretaría de Salud.

ARTICULO 110. Los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, al tener conocimiento de un caso de enfermedad transmisible, están obligados a tomar las medidas necesarias, de acuerdo con la naturaleza y características del padecimiento, aplicando los recursos a su alcance para proteger la salud individual y colectiva.

ARTICULO 111. Los trabajadores de la salud del Gobierno del Estado y de los municipios, así como los de otras instituciones autorizadas por las autoridades sanitarias del Estado, por necesidades técnicas de los programas específicos de prevención y control de enfermedades y por situaciones que pongan en peligro la salud de la población, podrán penetrar al interior de todo tipo de local o casa-habitación para el cumplimiento de actividades encomendadas a su responsabilidad, para cuyo fin deberán estar debidamente acreditados por alguna de las autoridades sanitarias competentes y conforme lo dispongan los ordenamientos aplicables.

ARTICULO 112. Quedan facultadas las autoridades sanitarias estatales para utilizar como elementos auxiliares en la lucha contra las epidemias, los recursos médicos y de asistencia social de los sectores público, social y privado, existentes en las regiones afectadas y en las colindantes, de acuerdo con las disposiciones de esta Ley y los reglamentos aplicables.

ARTICULO 113. Las autoridades sanitarias del Estado señalarán el tipo de enfermos o portadores de gérmenes que podrán ser excluídos de los sitios de reunión, tales como hoteles, restaurantes, fábricas, talleres, cárceles, oficinas, escuelas, dormitorios, habitaciones colectivas, centros de espectáculos y deportivos.

ARTICULO 114. El aislamiento de las personas que padezcan enfermedades transmisibles se llevará a cabo en sitios adecuados, a juicio de la autoridad sanitaria.

ARTICULO 115. Las autoridades sanitarias del Estado podrán ordenar, por causas de epidemia, la clausura temporal de los locales o centros de reunión de cualquier índole.

ARTICULO 116. El transporte de enfermos de afecciones transmisibles deberá efectuarse en vehículos acondicionados al efecto; a falta de éstos, podrán utilizarse los que autorice la Secretaría de Salud, los mismos podrán usarse posteriormente para otros fines, previa la aplicación de las medidas que procedan.

ARTICULO 117. Las autoridades sanitarias determinarán los casos en que se deba proteger la descontaminación microbiana o parasitaria, desinfección, desinsectación, desinfestación u otras medidas de saneamiento de lugares, edificios, vehículos y objetos.

CAPITULO IV

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

ARTICULO 118. El Gobierno del Estado, a través de la estructura administrativa que el Ejecutivo Estatal determine, realizará actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

ARTICULO 119. El ejercicio de la acción de prevención y control de las enfermedades no transmisibles comprenderá una o más de las siguientes medidas, según el caso de que se trate:

l. La detección oportuna de las enfermedades no transmisibles y la evaluación del riesgo de contraerlas;

JI. La divulgación de medidas higiénicas para el control de los padecimientos;

IIl. La prevención específica en cada caso y la vigilancia de su cumplimiento;

IV. La realización de estudios epidernioló-gicos, y

V. Las demás que sean necesarias para la prevención, tratamiento y control de los padecimientos que se presenten en la población.

ARTICULO 120. Los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud deberán rendir los informes que la Secretaría de Salud requiera acerca de las enfermedades no transmisibles, en los términos de los reglamentos que al efecto se expidan.

TITULO NOVENO

ASISTENCIA SOCIAL, PREVENCION DE INVALIDEZ Y REHABILITACION DEINVALIDOS

CAPITULO UNICO

ARTICULO 121. Para efectos de esta Ley, se entiende por Asistencia Social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las **circunstancias de carácter social que impidan** al individuo su desarrollo integral, así como la protección de personas en estado dc necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Será objeto de esta Ley los servicios asis-

tenciales que presten tanto las instituciones públicas como las privadas.

ARTICULO 122. Son actividades básicas de Asistencia Social:

1. La 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;

11. La atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos,

111. La promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud;

IV. El ejercicio de la tutela de los menores, en los términos de las disposiciones legales aplicables;

V. La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, esp.ecialmente **a menores, ancianos e inválidos sin recursos;**

VI. La realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social;

V11: La 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;

V11I. El apoyo a la educación y capacitación para el trabajo de personas con carencias socio-económicas, y

IX. La prestación de servicios funerarios.

ARTICULO 123. Para fomentar el desarrollo de programas públicos de asistencia social, el Gobierno del Estado promoverá la canalización de recursos y apoyo técnico necesarios.

Asimismo, procurará destinar los apoyos necesarios a los programas de asistencia social, públicos y privados, para fomentar su aplicación

ARTICULO 124. Los menores en estado de desprotección social, tienen derecho a recibir los servicios asistenciales que necesiten en cualquier establecimiento público dependiente de Estado, al que sean remitidos para su atención, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes.

ARTICULO 125. El organismo público encargado de la asistencia social, deberá dar atención preferente e inmediata a menores y ancianos sometidos a cualquier forma de maltrato que ponga en peligro su salud física y mental. Asimismo, dará esa atención a quienes hayan sido sujetos pasivos de la comisión de delitos que atenten contra la integridad física o mental o el normal desarrollo psicosomático de los individuos.

En estos casos, las instituciones de salud del Estado, coadyuvarán para tomar las medidas inmediatas que sean necesarias para la protección de la salud de los menores y ancianos, sin perjuicio de dar intervención a las autoridades competentes.

ARTICULO 126. El organismo público descentralizado a que se refiere el artículo 21 de esta Ley, se coordinará con el organismo federal encargado de la asistencia social, en la ejecución de acciones en este campo.

ARTICULO 127. Los Municipios proveerán la creación de organismos públicos que se encarguen de la asistencia social.

ARTICULO 128. El Gobierno del Estado y los Municipios en coordinación con las dependencias y entidades públicas correspondientes, distribuirán raciones alimenticias en

aquellas zonas de agudo retraso socio-económico o en las que se padezcan desastres originados por sequía, inundaciones, terremotos y otros fenómenos naturales o contingencias con efectos similares.

ARTICULO 129. El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado, fomentará la constitución de instituciones de asistencia social privadas cuyo objeto sea la prestación de servicios asistenciales.

ARTICULO 130. Serán consideradas instituciones de asistencia social privada las que se constituyan conforme a esta Ley, al Reglamento correspondiente y demás disposiciones asistenciales sin propósito de lucro y sin designar individualmente a los beneficiarios.

ARTICULO 131. Se crea la Junta de Asistencia Social Privada, como órgano dependiente del organismo a que se refiere el artículo 21 de esta Ley, a través del cual se ejercerá la vigilancia y promoción de las instituciones de asistencia social privada.

ARTICULO 132_ Serán consideradas instituciones de asistencia social privada los asilos, los hospicios, las casas de cuna y las demás que determine el Reglamento correspondiente.

ARTICULO 133. La integración, funcionamiento y facultades de la Junta de Asistencia Social Privada, será determinada por el Reglamento correspondiente.

ARTICULO 134. El organismo a que se refiere el artículo 21 de esta Ley, coadyuvará con la junta de asistencia social privada en la vigilancia y promoción de las instituciones de asistencia social privada, estableciendo al efecto los mecanismos de coordinación necesarios.

ARTICULO 135. Las instituciones de asistencia social privada, se consideran de interés público y están exceptuadas del pago de las contribuciones que establezcan las Leyes del Estado.

ARTICULO 136. Las reglas de constitución, operación, organización, liquidación y demás aspectos concernientes a las instituciones de asistencia social privada, serán establecidas en el reglamento que al efecto se expida.

ARTICULO 137. Los servicios y acciones que presten y realicen las instituciones de asistencia social privada, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, a los programas nacional y estatal de salud, y a las demás disposiciones legales aplicables.

ARTICULO 138. Las autoridades sanitarias dei Estado y las educativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, colaborarán en las acciones de asistencia social, cuando así se requiera.

ARTICULO 139. El Gobierno del Estado en coordinación con otras instituciones públicas, del Gobierno Federal, promoverá que en los lugares en que se presten servicios públicos, se dispongan facilidades para las personas inválidas.

ARTICULO 140. El patrimonio de la Beneficencia Pública será administrado por el organismo a que se refiere el artículo 21 de esta Ley. Al respecto, a este organismo corresponderá, entre otras atribuciones, representar los intereses del Patrimonio de la Beneficencia Pública y distribuir los recursos que a la misma se le destinen.

ARTICULO 141. La atención en materia de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos comprende:

1. La investigación de las causas de la invalidez y de los factores que la condicionan;

11. La promoción de la participación de la comunidad en la prevención y control de las causas y factores condicionantes de la invalidez;

111. La identificación temprana y la atención oportuna de procesos físicos, mentales o sociales que puedan causar invalidez;

IV. La orientación educativa en materia de rehabilitación a la colectividad en general, y en particular a las familias que cuenten con algún inválido, promoviendo al efecto la solidaridad social;

V. La atención integral de los inválidos, incluyendo la adaptación de las prótesis, órtesis y ayudas funcionales que requieran;

VI. La promoción para adecuar facilidades urbanísticas y arquitectónicas a las necesidades de los inválidos, y

VII. La promoción de la educación y la capacitación para el trabajo, así como la promoción del empleo de las personas en proceso de rehabilitación.

ARTICULO 142. Los servicios de rehabilitación que' proporcionen los establecimientos que dependan del Estado, estarán vinculados sistemáticamente a los de rehabilitación y asistencia social que preste el organismo a que se refiere el artículo 21 de esta Ley.

ARTICULO 143. El Gobierno del Estado, a través del organismo a que se refiere el artículo 21 de esta Ley, y en coordinación con las dependencias y entidades federales, promoverá el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional para las personas que sufran cualquier tipo de invalidez, así como acciones que faciliten la disponibilidad y adaptación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales.

ARTICULO 144. El organismo del Gobierno Estatal previsto en el artículo 21 de esta Ley tendrá entre sus objetivos operar establecimientos de rehabilitación, realizar estudios e investigaciones en materia de invalidez y participar en progamas de rehabilitación y educación especial.

TITULO DECIMO

PROGRAMAS CONTRA LAS ADICCIONES

CAPITULO I

PROGRAMA CONTRA EL ALCOHOLISMO Y EL ABUSO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

ARTICULO 145. El Gobierno del Estado se coordinará con las autoridades sanitarias federaes para la ejecución en el Estado del programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas que comprenderá, entre otras, las siguientes acciones:

1. La prevención y el tratamiento del alcoholismo y, en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos;

11. La educación sobre los efectos del alcohol en salud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos, a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva, y

111. El fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en lo grupos de población considerados de alto riesgo.

ARTICULO 146. Para obtener la información que oriente las acciones contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, las autoridades sanitarias del Estado, en coordinación con otras dependencias y entidades públicas; realizarán actividades de investigación en los siguientes aspectos:

1. Causas del alcoholismo y acciones para controlarlas;
11. Efectos de la publicidad en la incidencia del alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas;
111. Hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población, y
IV. Efectos del abuso de bebidas alcohólicas en los ámbitos familiar, social, deportivo, de los espectáculos, laboral y educativo.

CAPITULO 11

PROGRAMA CONTRA EL TABAQUISMO

ARTICULO 147. El Gobierno del Estado se coordinará con las autoridades sanitarias federales para la ejecución en el Estado del programa contra el tabaquismo, que comprenderá, entre otras, las siguientes acciones:

1. La prevención y el tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo, y
11. La educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud, dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes, a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluyendo la orientación a la población para que se abstenga de fumar en lugares públicos.

ARTICULO 148. Para poner en práctica las acciones contra el tabaquismo, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

1. La investigación de las causas del tabaquismo y de las acciones para controlarlas, y
11. La educación a la familia para prevenir el consumo de tabaco por parte de niños y adolescentes.

CAPITULO III

PROGRAMA CONTRA LA FARMACODEPENDENCIA

ARTICULO 149. El Gobierno del Estado coadyuvará con la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en la ejecución, en el territorio del Estado, del programa nacional contra la farmacodependencia.

ARTICULO 150. El Gobierno del Estado y los municipios, para evitar y prevenir el consumo de substancias inhalantes que produzcan efectos psicotrópicos en las personas, se ajustarán a lo siguiente:

1. Determinarán y ejercerán medios de control en el expendio de substancias inhalantes, para prevenir su consumo por parte de menores de edad e incapaces;
11. Establecerán sistemas de vigilancia en los establecimientos destinados al expendio y uso de dichas substancias, para evitar el empleo indebido de las mismas;
111. Brindarán la atención médica que se requiera, a las personas que realicen o hayan realizado el consumo de inhalantes, y
IV. Promoverán y llevarán a cabo campa-

ñas permanentes de información y orientación al público, para la prevención de daños a la salud provocados por el consumo de substancias inhalantes.

A los establecimientos que vendan o utilicen substancias inhalantes con efectos psicotrópicos que no se ajusten al control que dispongan el Gobierno Estatal y los Municipios, así como a los responsables de los mismos, se les aplicarán las sanciones administrativas que correspondan en los términos de esta Ley.

TITULO DECIMO PRIMERO

SALUBRIDAD LOCAL

CAPITULO I

DISPOSICIONES COMUNES

ARTICULO 151. Compete a la Secretaría de Salud, el control sanitario de los servicios y establecimientos a que se refiere el artículo 30., apartado "B" de esta Ley.

ARTICULO 152. El control sanitario comprende la autorización, vigilancia y la aplicación de sanciones y medidas de seguridad de las materias de salubridad local a que alude el artículo anterior.

ARTICULO 153. La Secretaría de Salud emitirá las normas técnicas a que quedará sujeto el control sanitario de las materias de salubridad local.

ARTICULO 154. La Secretaría de Salud editará la Gaceta Sanitaria en la que se publicarán las normas técnicas que emita, resoluciones sobre otorgamiento y revocación de autorizaciones sanitarias de establecimientos, así como notificaciones de resoluciones administrativas que señale esta Ley, e información que determine la mencionada dependencia.

Las notificaciones que conforme a esta Ley deban publicarse a través de la Gaceta Sanitaria del Estado, surtirán efectos a partir del día siguiente de su publicación.

CAPITULO 11

DE LOS EXPENDIOS DE ALIMENTOS, BEBIDAS NO ALCOHOLICAS y ALCOHOLICAS

ARTICULO 155. De conformidad con la norma técnica que expida la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, la Secretaría de Salud ejercerá el control sanitario de los establecimientos que expendan o suministren alimentos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas en el Estado.

ARTICULO 156. La Secretaría de Salud y en su caso, los Ayuntamientos en los términos de esta Ley y demás disposiciones aplicables, autorizarán la ubicación, el funcionamiento y los horarios de los establecimientos que expendan bebidas alcohólicas.

ARTICULO 157. Para los efectos del artículo anterior, las autoridades sanitarias locales tomarán en cuenta la cercanía de centros de recreo, culturales y otros similares, a efecto de coadyuvar eficazmente con las acciones derivadas del Programa Nacional contra el Alcoholismo.

ARTICULO 158. El Ejecutivo del Estado podrá celebrar con los Municipios los convenios conducentes a que éstos asuman los servi-

cios sanitarios relacionados con los establecimientos a que se refiere este Título.

CAPITULO III

MERCADOS Y CENTROS DE ABASTO

ARTICULO 159. Los mercados y centros de abasto para su funcionamiento, sea provisio**nal o permanente, requerirán la autorización** sanitaria expedida por la Secretaría de Salud.

ARTICULO 160. Los mercados y centros de abasto, desde el punto de vista higiénico, estarán bajo la vigilancia de la autoridad sanitaria, la cual comprobará que se cumpla con los requisitos sanitarios establecidos.

ARTICULO 162. Los vendedores, locatarios y personas cuya actividad esté vinculada con los mercados y centros de abasto, estarán obligados a conservar las condiciones higiénicas indispensables para el debido mantenimiento de sus locales y el ejercicio de sus actividades se sujetará a lo que disponga esta Ley, los reglamentos respectivos; otras disposiciones legales aplicables, y las normas técnicas correspondientes.

CAPITULO IV

DE LAS CONSTRUCCIONES

ARTICULO 166. Cuando se trate de rrucrar y **realizar la construcción, reconstrucción,** modificación o acondicionamiento total o parcial de un edificio o local, se requiere de la autorización correspondiente del proyecto en **cuanto a iluminación, ventilación, instalacio**nes sanitarias y contra accidentes.

ARTICULO 167. Cuando el uso que se pretenda dar a un edificio o local sea público, además de los requisitos previstos en otras disposiciones aplicables, se deberá contar con agua potable corriente y retretes públicos, los cuales deberán reunir los requisitos correspondientes.

ARTICULO 168. El responsable de la cons**trucción, reconstrucción, modificación o** acondicionamiento de cualquiera de los establecimientos a que se refiere este Título, deberá dar aviso de inicio y terminación de obra a la autoridad municipal, quien vigilará el cumplimiento de los requisitos aprobados en el proyecto a que se refiere esta Ley.

ARTICULO 169. Los edificios y locales terminados, podrán dedicarse al uso que se destinen, una vez inspeccionados y declarada la conformidad de la autoridad sanitaria local.

ARTICULO 170. Los edificios, locales, **construcciones o terrenos urbanos, podrán ser** inspeccionados por la Secretaría de Salud quien ordenará las obras necesarias para satisfacer las condiciones higiénicas y de seguridad en los términos de esta Ley.

ARTICULO 171. Los propietarios o poseedores de los edificios y locales, o de los negocios en ellos establecidos, están obligados a ejecutar las obras que se requieran para cumplir con las condiciones de higiene y seguridad.

ARTICULO 172. Cuando los edificios, construcciones o terrenos representen un peligro por su insalubridad o inseguridad, las autoridades estatales y municipales, en los términos de su competencia, podrán ejecutar las obras que estimen de urgencia, con cargo a sus propietarios o poseedores o a los dueños

de las negociaciones en ellos establecidas, cuando no las realicen dentro de los plazos concedidos.

CAPITULO V

PANTEONES

ARTICULO 173. Para establecer un nuevo panteón se necesita licencia expedida por la Secretaría de Salud, quien la concederá después de oída la opinión de la autoridad rnunicipal correspondiente.

ARTICULO 174. Los panteones deberán reunir los requisitos sanitarios que establezcan el reglamento correspondiente y las normas técnicas que dicte la Secretaría de Salud, la cual vigilará que dichos establecimientos mantengan las condiciones sanitarias adecuadas.

CAPITULO VI

LIMPIEZA PUBLICA

ARTICULO 175. La basura deberá destruirse, excepto que sea industrializable o tenga ernpleo útil, siempre que no signifique un peligro para la salud; se considera de interés público el tratamiento de la basura.

ARTICULO 176. Las autoridades municipales correspondientes, fijarán lugares especiales para depositar la basura, tomando en cuenta, al efecto, la legislación aplicable en materia de contaminación ambiental.

ARTICULO 177. Los animales muertos deberán ser incinerados o enterrados. La autoridad municipal señalará el sitio donde esto haya de hacerse y bajo qué procedimiento.

CAPITULO VII

RASTROS

ARTICULO 178. El funcionamiento, aseo y conservación de los rastros municipales, quedará a cargo de la autoridad municipal competente. Si fueren particulares, quedará a cargo de las personas responsables de realizarlo, quedando sujetos en ambos casos a la ohservancia de lo dispuesto por esta Ley y otras disposiciones legales aplicables. Queda prohibído el funcionamiento de rastros no autorizados por la Secretaría de Salud.

ARTICULO 179. Los animales deberán ser examinados en pie y en canal por la dependencia a que se refiere el artículo anterior, la cual señalará qué carne puede dedicarse a la venta pública.

ARTICULO 180. Queda prohibida la matanza de animales en casas o domicilios particulares, cuando las carnes sean destinadas al consumo público, la infracción de esta disposición se castigará en los términos que dispone esta Ley.

ARTICULO 181. La matanza de animales en los rastros autorizados se efectuará en los días y horas que fije la autoridad municipal, tomando en consideración las condiciones del lugar y los elementos de que disponga dicha autoridad para realizar las inspecciones necesarias.

CAPITULO VIII

AGUA POTABLE y ALCANTARILLADO

ARTICULO 182. Los proyectos de abastecí-

miento de agua potable deberán ser sometidos a la consideración de la Secretaría de Salud, para la aprobación del Sistema adoptado y para el análisis minucioso de las aguas.

ARTICULO 183. La Secretaría de Salud realizará análisis periódicos de la potabilidad de las aguas.

ARTICULO 184. En las poblaciones sin sistema de agua potable, no podrán utilizarse para la bebida el agua de ningún pozo ni aljibe que no estén situados a una distancia conveniente de retretes, alcantarillas, estercoleros o depósitos de inmundicias, que puedan contaminarlos, conforme a las normas técnicas correspondientes.

ARTICULO 185. Todas las poblaciones del Estado deberán contar con sistemas para el desagüe rápido e higiénico de sus desechos, preferentemente por medio de alcantarillado o fosas sépticas.

ARTICULO 186. Queda prohibido que los desechos o líquidos que conduzcan los caños sean vertidos en ríos, arroyos, acueductos, corrientes o canales por donde fluyan aguas destinadas al consumo humano.

CAPITULO IX

ESTABLOS

ARTICULO 187. El establecimiento de establos deberá autorizarse por la Secretaría de Salud, la que vigilará que no se establezcan en zonas urbanas y representen un riesgo para la salud. Dichos establecimientos deberán reunir los requisitos sanitarios queestablezcan los reglamentos y las normas técnicas correspondientes.

CAPITULO X

CENTROS DE INTERNAMIENTO

ARTICULO 188. Los centros de internamiento estarán sujetos al control sanitario de la Secretaría de Salud, de conformidad con las disposiciones que se señalan en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables.

ARTICULO 189. Los centros de internamiento deberán contar además de lo previsto por las disposiciones legales aplicables y las normas técnicas correspondientes, con departamentos de baños de regadera y otros de enfermería, para la atención de casos de enfermedad de los internos.

CAPITULO XI

BAÑOS PUBLICaS

ARTICULO 190. Para abrir al servicio público estos establecimientos deberán obtener licencia sanitaria expedida por la Secretaría de Salud.

CAPITULO XII

CENTROS DE REUNION y ESPECTACULOS

ARTICULO 191. La Secretaría de Salud, una vez terminada la edificación del centro de reunión y antes de abrirse al público, hará la inspección y declaración correspondiente. Asimismo, podrá en cualquier momento ordenar la clausura de los centros públicos de reunión que no reúnan las condiciones de

seguridad e higiene suficientes para garantizar la vida y la salud de las personas que a ellos concurran. Dicha clausura prevalecerá entre tanto no sean corregidas las causas que la motivaron.

CAPITULO XIII

HOTELES Y CASAS DE HUESPEDES

ARTICULO 192. Para la construcción o acondicionamiento de un inmueble, que se pretenda destinar al servicio de hotel o casa de huéspedes, así como para su funcionamiento, se requiere contar con la autorización sanitaria, expedida por la Secretaría de Salud.

CAPITULO XIV

TRANSPORTE ESTATAL Y MUNICIPAL

ARTICULO 193. Los transportes de personas y de cosas, deberán contar con la licencia sanitaria expedida por la Secretaría de Salud, previo el cumplimiento de los requisitos sanitarios correspondientes.

CAPITULO XV

ESTABLECIMIENTOS DEDICADOS A LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO PELUQUERIAS, SALONES DE BELLEZA Y OTROS

ARTICULO 194. El funcionamiento y personal de los establecimientos señalados en este Capítulo, deberán contar con la autorización sanitaria correspondiente en los términos que establezca esta Ley y las normas técnicas correspondientes.

CAPITULO XVI

GASOLINERIAS

ARTICULO 195. Las gasolinerías deberán contar con las instalaciones sanitarias y de seguridad que establezcan el Reglamento correspondiente y otras disposiciones legales aplicables.

TITULO DECIMO SEGUNDO

AUTORIZACIONES Y CERTIFICADOS

CAPITULO I

AUTORIZACIONES

ARTICULO 196_ La autorización sanitaria es el acto administrativo mediante el cual la autoridad sanítaria del Estado permite a una persona física o jurídica, la realización de actividades relacionadas con la salud humana, en los casos y con los requisitos y modalidades que determine esta Ley y demás disposiciones generales aplicables.

Las autorizaciones sanitarias tendrán el carácter de licencias, permisos, o tarjetas de **control sanitario, en su caso.**

ARTICULO 197. Las autorizaciones sanitarias serán otorgadas por tiempo determinado, cuando el solicitante satisfaga los requisitos que señalen esta Ley, el Reglamento respectivo, las normas técnicas correspondientes y se hayan pagado los derechos fiscales que se causen.

ARTICULO 198. Las autorizaciones sanitarias podrán prorrogarse cuando se satisfagan los siguientes requisitos:

1. Deberá solicitarlo el interesado, por escrito, a la autoridad sanitaria que la hubiere otorgado, con un mínimo de veinte días de anticipación a la fecha de su vencimiento, y

11. Cubrir con anticipación los derechos fiscales correspondientes.

ARTICULO 199. Los establecimientos a que se refiere el artículo 30. apartado B de esta Ley, requieren para su funcionamiento:

1. Licencia sanitaria, expedida por la Secretaría de Salud;

11. Contar, en su caso, con un responsable que reúna los requisitos que se establecen en esta Ley y en los Reglamentos respectivos, y

111. Contar, en su caso, con los auxiliares del responsable que determinen los reglamentos aplicables, tomando en cuenta la cantidad de los productos de que se trate, la diversidad de líneas de producción y la duración horaria de las operaciones. La Secretaría de Salud, podrá dispensar de este requisito, previo estudio fundado y motivado.

ARTICULO 200. Todo cambio de propietario de un establecimiento, de razón o denominación social autorizados por la Secretaría de Salud, deberá ser comunicado a ésta en un plazo no mayor de treinta días a partir de la fecha en que se hubiese realizado, sujetándose al trámite correspondiente a las disposiciones reglamentarias aplicables.

ARTICULO 201. El Ejecutivo Estatal, a través de la Secretaría de Salud, podrá convenir con los Municipios los términos en los que éstos podrán expedir autorizaciones sanitarias.

ARTICULO 202. Los obligados a tener licencia sanitaria deberán exhibirla en lugar visible del establecimiento de que se trate.

ARTICULO 203. La Secretaría de Salud podrá requerir tarjeta de control sanitario a las personas que realicen actividades mediante las cuales se pueda propagar alguna enfermedad transmisible, en los casos y bajo las condiciones que establezcan las disposiciones generales aplicables.

ARTICULO 204. Las autorizaciones a que se refiere esta Ley podrán ser revisadas por la autoridad sanitaria competente en los términos de las disposiciones generales aplicables.

CAPITULO 11

REVOCACION DE AUTORIZACIONES SANITARIAS

ARTICULO 205. La Secretaría de Salud podrá revocar las autorizaciones que haya otorgado en los siguientes casos:

1. Cuando, por causas supervenientes, se 'compruebe que los productos o el ejercicio de las actividades que se hubieren autorizado, <constituyan riesgo o daño para la salud humana;

11. Cuando el ejercicio de la actividad que se hubiere autorizado, exceda los límites fijados **en la autorización respectiva;**

111. Porque se dé un uso distinto a la **autorización;**

IV. Por incumplimiento grave a las disposi-

ciones de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones generales aplicables;

V. Por reiterada renuencia a acatar las órdenes que dicte la autoridad sanitaria, en los términos de esta Ley y demás disposiciones generales aplicables;

VI. Cuando resulten falsos los datos o documentos proporcionados por el interesado, que hubieren servido de base a la autoridad sanitaria, para otorgar la autorización;

VII. Cuando el interesado no se ajuste a los términos, condiciones y requisitos en que se le haya otorgado la autorización o haga uso indebido de ésta;

VIII. Cuando lo solicite el interesado, y

IX. En los demás casos que determine la autoridad sanitaria.

ARTICULO 206. Cuando la revocación de una autorización se funde en los riesgos o daños que pueda causar o cause un servicio, la Secretaría de Salud dará conocimiento de tales revocaciones a las dependencias y entidades públicas que tengan atribuciones de orientación al consumidor.

ARTICULO 207. En los casos a que se refiere el artículo 205 de esta Ley, con excepción del previsto en la fracción VIII, la Secretaría de Salud citará al interesado a una audiencia para que éste ofrezca pruebas y alegue lo que a su derecho convenga.

En el citatorio, que se entregará personalmente al interesado, se le hará saber la causa que motive el procedimiento, el lugar, día y hora de celebración de la audiencia, el derecho que tiene para ofrecer pruebas y alegar lo que a su interés convenga, así como el apercibimiento de que si no comparece sin justa causa la resolución se dictará tomando en cuenta sólo las constancias del expediente.

La audiencia se celebrará dentro de un plazo no menor de cinco días hábiles, contados a partir del día siguiente de la notificación.

En los casos en que la autoridad sanitaria fundadamente no pueda realizar la notificación en forma personal, ésta se practicará a través de la Gaceta Sanitaria del Estado.

ARTICULO 208. En la substanciación del procedimiento de la revocación de autorizaciones, se observará lo dispuesto por los artículos 265 y 272 de esta Ley.

ARTICULO 209. La audiencia se celebrará el día y hora señalados, con o sin la asistencia del interesado. En este último caso, se deberá dar cuenta con la copia del citatorio que se hubiere girado al interesado y con la constancia que acredite que le fue efectivamente entregado, o con el ejemplar de la Gaceta Sanitaria en que hubiere aparecido publicado el citatorio.

ARTICULO 210. La celebración de la audiencia podrá diferirse por una sola vez, cuando lo solicite el interesado por una causa debidamente justificada.

ARTICULO 211. La Secretaría de Salud emitirá la resolución que corresponda, al concluir la audiencia o dentro de los cinco días hábiles siguientes, la cual se notificará de manera personal al interesado.

ARTICULO 212. La resolución de revocación surtirá efectos, en su caso, de clausura definitiva, prohibición de uso o de ejercicio de las actividades a que se refiere la autorización revocada.

CAPITULO III

CERTIFICADOS

ARTICULO 213. En los términos de la Ley General de Salud y de esta Ley, se entiende por certificado la constancia expedida en los términos que establezcan las autoridades sanitarias del Estado para la comprobación o información de determinados hechos.

ARTICULO 214. Para fines sanitarios extenderá los siguientes certificados:

I. Prenupciales;
II. De defunción;
III. De muerte fetal, y
IV. Los demás que determine la Ley General de Salud y sus Reglamentos.

ARTICULO 215. El certificado médico prenupcial será requerido por la autoridades del Registro Civil a quienes pretendan contraer matrimonio, con las excepciones que establezcan las disposiciones generales aplicables.

ARTICULO 216. Los certificados de defunción y de muerte fetal serán expedidos, una vez comprobado el fallecimiento y determinadas sus causas, por profesionales de la medicina o personas autorizadas por la Secretaría de Salud Pública y Desarrollo Social.

ARTICULO 217. Los certificados a que se refiere este Capítulo, se extenderán en los modelos aprobados por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y de conformidad con las normas técnicas que la misma emita.

Las autoridades judiciales o administrativas sólo admitirán como válidos los certificados que se ajusten a lo dispuesto en el párrafo anterior.

TITULO DECIMO TERCERO

VIGILANCIA SANITARIA

ARTICULO 218. Corresponde a las autoridades sanitarias del Estado, la vigilancia del cumplimiento de esta Ley y demás disposiciones que se dicten con base en ella.

ARTICULO 219. Las demás dependencias y entidades públicas coadyuvarán a la vigilancia del cumplimiento de las normas sanitarias, y cuando encontraren irregularidades que a su juicio constituyan violaciones a las mismas, lo harán del conocimiento de las autoridades sanitarias competentes.

ARTICULO 220. La vigilancia sanitaria se llevará a cabo mediante visitas de inspección a cargo de inspectores designados por la Secretaría de Salud, quienes deberán realizar las respectivas diligencias.

ARTICULO 221. La autoridad sanitaria mencionada en el artículo anterior, podrá encomendar a sus inspectores, además, actividades de orientación, educación y aplicación, en su caso, de las medidas de seguridad a que se refiere el artículo 227 de esta Ley.

ARTICULO 222. Las inspecciones podrán ser ordinarias o extraordinarias. Las primeras se efectuarán en días y horas hábiles y las segundas en cualquier tiempo.

Para los efectos de esta Ley, tratándose de establecimientos comerciales o de servicios, se considerarán horas hábiles las de su funcionamiento habitual.

ARTICULO 223. Los inspectores sanitarios, en el ejercicio de sus funciones, tendrán libre acceso a los edificios, establecimientos comerciales y de servicios y, en general, a

todos los lugares a que hace referencia esta Ley.

Los propietarios, responsables, encargados u ocupantes de establecimientos objeto de inspección, estarán obligados a permitir el acceso y a dar facilidades e informes a los inspectores para el desarrollo de su labor.

ARTICULO 224. Los inspectores, para practicar visitas, deberán estar provistos de órdenes escritas, expedidas por la Secretaría de Salud en las que se deberá precisar el lugar o zona que ha de inspeccionarse, el objeto de la visita, el alcance que debe tener y las disposiciones legales que la fundamenten.

La orden de inspección deberá ser exhibida a la persona con quien se entienda la diligencia, a quien se le entregará una copia.

Las órdenes podrán expedirse para visitar establecimientos de una rama determinada de actividades o señalar al inspector la zona en la que vigilará el cumplimiento por todos obligados, de las disposiciones sanitarias.

Tratándose de actividades que se realicen en la vía pública, las órdenes podrán darse para vigilar una rama determinada de actividades o una zona que se delimitará en la misma orden.

ARTICULO 225. En la diligencia de inspección sanitaria se deberán observar las siguientes reglas:

I. Al iniciar la visita, el inspector deberá exhibir la credencial vigente, expedida por la Secretaría de Salud, que lo acredite legalmente para desempeñar dicha función. Esta circunstancia se deberá anotar en el acta correspondiente;

11. Al inicio de la visita, se deberá requerir al propietario, responsable, encargado u ocupante del establecimiento o conductor del vehículo, que proponga dos testigos que deberán permanecer durante el desarrollo de la visita. Ante la negativa o ausencia del visitado, los designará la autoridad que practique la inspección. Estas circunstancias, el nombre, domicilio y firma de los testigos, se hará constar en el acta;

111. En el acta que se levante con motivo de la inspección, se harán constar las circunstancias de la diligencia, las deficiencias o anomalías sanitarias observadas y, en su caso, las medidas de seguridad que se ejecuten, y

IV. Al concluir la inspección, se dará oportunidad al propietario, responsable, encargado u ocupante del establecimiento o conductor del vehículo, de manifestar lo que a su derecho convenga, asentando su dicho en el acta respectiva y recabando su firma en el propio documento, del que se le entregará una copia.

La negativa a firmar el acta o a recibir copia de la misma o de la orden de visita, se deberá hacer constar en el referido documento, y no afectará su validez ni la de la diligencia practicada.

TITULO DECIMO CUARTO

MEDIDAS DE SEGURIDAD SANITARIA Y SANCIONES

CAPITULO I

MEDIDAS DE SEGURIDAD SANITARIA

ARTICULO 226. Se consideran medidas de

seguridad aquellas disposiciones de inmediata ejecución que dicte la Secretaría de Salud de conformidad con los preceptos de esta Ley y demás disposiciones aplicables, para proteger la salud de la población. Las medidas de seguridad se aplicarán sin perjuicio de las sanciones, que en su caso correspondan.

ARTICULO 227. Son medidas de seguridad sanitaria, las siguientes:

1. El aislamiento;
11. La cuarentena;
111. La observación personal;
IV. La vacunación de personas;
V. La vacunación de animales;
VI. La destrucción o control de insectos u otra fauna transmisora y nociva;
VII. La suspensión de trabajo o servicios;
VIII. El aseguramiento y destrucción de objetos, productos o substancias;
IX. La desocupación o desalojo de casas, edificios, establecimientos y, en general, de cualquier predio;
X. La prohibición de actos de uso, y
XI. Las demás de índole sanitaria que determine la Secretaría de Salud, que puedan evitar que se causen o continúen causando riesgos o daños a la salud.

ARTICULO 228. Se entiende por aislamiento la separación de personas infectadas, durante el periodo de transmisibilidad, en lugares y condiciones que eviten el peligro de contagio.

El aislamiento se ordenará por escrito, previo dictamen médico y durará el tiempo estrictamente necesario para que desaparezca el peligro.

ARTICULO 229. Se entiende por cuarentena la limitación a la libertad de tránsito de personas sanas que hubieren estado expuestas a una enfermedad transmisible, por el tiempo estrictamente necesario para controlar el riesgo de contagio.

La cuarentena se ordenará por escrito, previo dictamen médico, y consistirá en que las personas expuestas no abandonen determinado sitio o se restrinja su asistencia a determinados lugares.

ARTICULO 230. La observación personal consiste en la estrecha supervisión sanitaria de los presuntos portadores, sin limitar su libertad de tránsito, con el fin de facilitar la rápida identificación de la infección o enfermedad transmisible.

ARTICULO 231. Se ordenará la vacunación de personas expuestas a contraer enfermedades transmisibles, en los siguientes casos:

1. Cuando no hayan sido vacunadas contra la tosf'erina, la difteria, el tétanos, la tuberculosis, la poliomielitis, el sarampión y demás enfermedades transmisibles cuya vacunación se estime obligatoria;
11. En caso de epidemia grave, y
111. Si existiere peligro de invasión de dichos padecimientos en el Estado.

ARTICULO 232. La Secretaría de Salud podrá ordenar o proceder a la vacunación de animales que puedan constituirse en transmisores de enfermedades al hombre o que pongan en riesgo su salud, en coordinación, en su caso, con las dependencias encargadas de la sanidad animal.

ARTICULO 233. La Secretaría de Salud y

los ayuntamientos, ejecutarán las medidas necesarias para la destrucción o control de **insectos u otra fauna transmisora y nociva,** cuando éstos constituyan un peligro grave para la salud de las personas.

En todo caso, se dará a las dependencias encargadas de la sanidad animal la intervención que corresponda.

ARTICULO 234. La Secretaría de Salud y, en su caso, los Ayuntamientos podrán oro denar la inmediata suspensión de trabajos o de servicios o la prohibición de actos de uso, cuando de continuar aquéllos, se ponga en peligro la salud de las personas.

ARTICULO 235. La suspensión de trabajos o servicios será temporal. Podrá ser total o parcial y se aplicará por el tiempo estrictamente necesario para corregir las irregularidades que pongan en peligro la salud de las personas. **Se ejecutarán las acciones necesarias** que permitan asegurar la referida suspensión.

Durante la suspensión se podrá permitir el acceso de las personas que tengan encomendada la corrección de las irregularidades que la motivaron.

ARTICULO 236. El aseguramiento de objetos, productos o substancias, tendrá lugar cuando se presuma que pueden ser nocivos para la salud de las personas que carezcan de los requisitos esenciales que se establezcan en las disposiciones legales aplicables. La Secretaría de Salud y los Ayuntamientos, en su caso, podrán retenerlos o dejarlos en depósito hasta en tanto se determine, previo dictamen, su destino.

Si el dictamen reportara que el bien asegurado no es nocivo para la salud y cumple con las disposiciones legales correspondientes, se procederá a su inmediata devolución. Si el interesado no gestionara la recuperación dentro de un plazo de treinta días hábiles, se entenderá que el bien causa abandono y quedará a disposición de la autoridad sanitaria competente para su aprovechamiento lícito.

Si del dictamen resultara que el bien asegurado es nocivo, la Secretaría de Salud podrá determinar, previa observancia de la garantía de audiencia, que el mismo sea sometido a un tratamiento que haga posible su legal aprovechamiento por el interesado, o sea destruido, si no pudiere tener un uso lícito por parte de la autoridad.

ARTICULO 237. La desocupación o desalojo de casas, edificios, establecimientos y, en general, de cualquier predio, se ordenará, previa la observancia de la garantía de audiencia y dictamen pericial, cuando, a juicio de las autoridades sanitarias, se considere que es indispensable para evitar un daño grave a la salud o a la vida de las personas.

CAPITULO Il

SANCIONES **ADMINISTRATIVAS**

ARTICULO 238. Las violaciones a los preceptos de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones que emanen de ella, serán sancionadas administrativamente por la Secretaría de Salud sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos.

ARTICULO 239. Las sanciones administrativas podrán ser:

I. Multa;

IJ. Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total, y

IIJ. Arresto hasta por treinta y seis horas.

ARTICULO 240. Al imponerse una sanción, se fundará y motivará la resolución, tomando en cuenta:

1. Los daños que se hayan producido o puedan producirse en la salud de las personas;

IJ. La gravedad de la infracción;

IIJ. Las condiciones socio-económicas del infractor, y

IV. La calidad de reincidente del infractor.

ARTICULO 241. Se sancionará con multa equivalente hasta de veinte veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 45, 67, 71, 86, 88, 106, 107, 108, 120, 198, 202, 215,216 y 217 de esta Ley.

ARTICULO 242. Se sancionará con multa equivalente de diez hasta cien veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos llO, ll6, 164, 203, 243 Y 234 de esta Ley.

ARTICULO 243. Se sancionará con multa equivalente de cincuenta a quinientas veces el salario mínimo general diario vigente en la ZOna económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 84, 85, 99 y 244 de esta Ley.

ARTICULO 244. Las infracciones no previstas en este Capítulo serán sancionadas con multa equivalente hasta por quinientas veces el salario mínimo general diario vigente en el Estado, atendiendo las reglas de calificación que se establecen en el artículo 240 de esta Ley.

ARTICULO 245. En caso de reincidencia se duplicará el monto de la multa que corresponda. Para los efectos de este Capítulo se entiende por reincidencia, que el infractor cometa la misma violación a las disposiciones de esta Ley dos o más veces dentro del periodo de un año, contado a partir de la fecha en que se le hubiera notificado la sanción inmediata anterior.

ARTICULO 246. La aplicación de las mulo tas será sin perjuicio de que se dicten las medidas de seguridad sanitaria que procedan, hasta en tanto se subsanen las irregularidades.

ARTICULO 247. Procederá la clausura temporal o definitiva, parcial o total según la gravedad de la infracción y las características de la actividad o establecimiento, en los siguientes casos:

I. Cuando los establecimientos a que se refiere el artículo 30. apartado B de esta Ley carezcan de la correspondiente licencia **sanitaria;**

n. Cuando el peligro para la salud de las personas se origine por 'la violación reiterada de los preceptos de esta Ley y de las disposiciones que de ella emanen, constituyendo rebeldía a cumplir los requerimientos y disposiciones de la autoridad sanitaria;

Il], Cuando después de la reapertura de un establecimiento, local, fábrica, construcción o edificio, por motivo de suspensión de trabajos o actividades, o clausura temporal, las actividades que en él se realicen sigan constituyendo un peligro para la salud, y

IV. Cuando por la peligrosidad de las actividades que se realicen o por la naturaleza del establecimiento, local, fábrica, construcción o edificio de que se trate, sea necesario proteger la salud de la población.

ARTICULO 248. En los casos de clausura definitiva quedarán sin efecto las autorizaciones que, en su caso, se hubieren otorgado al establecimiento, local, fábrica o edificio de que se trate.

ARTICULO 249. Se sancionará con arresto hasta por treinta y seis horas:

1. A la persona que interfiera o se oponga al ejercicio de las funciones de la autoridad sanitaria, y

Il. A la persona que en rebeldía se niegue a cumplir los requerimientos y disposiciones de la autoridad sanitaria, provocando con ello un peligro a la salud de las personas.

Sólo procederá esta sanción, si previamente se dictó cualquiera otra de las sanciones a que se refiere este Capítulo.

Impuesto el arresto, se comunicará la resolución a la autoridad correspondiente para que la ejecute.

CAPITULOlli

PROCEDIMIENTO PARA APLICAR LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SANCIONES

ARTICULO 250. Para los efectos de esta Ley, el ejercicio de las facultades discrecionales por parte de las autoridades sanitarias locales, se sujetará a los siguientes criterios:

1. Se fundará y motivará en los términos de los artículos 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de la Constitución Política del Estado;

n. Se tomarán en cuenta las necesidades sociales y estatales y, en general, los derechos e intereses de la sociedad;

In. Se considerarán los precedentes que se hayan dado en el ejercicio de las facultades específicas que van a ser usadas, así COmo la experiencia acumulada a ese respecto, y

IV. La resolución que se adopte se hará saber por escrito al interesado, dentro de un plazo no mayor de 4 meses contados a partir de la recepción de la solicitud del particular.

ARTICULO 251. La definición, observancia e instrucción de los procedimientos que se establecen en esta Ley se sujetarán a los siguientes principios jurídicos y administrativos:

1. Legalidad;
n. Imparcialidad;
Ill. Eficacia;
IV. Economía;
V. Probidad;
VI. Participación;
VII. Publicidad;
VnI. Coordinación;
IX. Eficiencia;
X. Jerarquia, y
XI. Buena fe.

ARTICULO 252. La Secretaría de Salud con base en el resultado de la inspección, dictará las medidas necesarias para corregir, en su caso, las irregularidades que se hubieren encontrado, notificándolas al interesado y dándole un plazo adecuado para su realización.

ARTICULO 253. La Secretaría de Salud llevará el control estadístico de las autorizaciones sanitarias que expida, asimismo, promoverá, entre la población, el cumplimiento de esta Ley en materia de autorizaciones.

ARTICULO 254. Las autorizaciones sanitarias harán uso de las medidas legales necesarias, incluyendo el auxilio de la fuerza pública, para lograr la ejecución de las sanciones y medidas de seguridad que procedan.

ARTICULO 255. Turnada una acta de inspección, se citará al interesado personalmente o por correo certificado con acuse de recibo, para que dentro de un plazo no menor de cinco días, ni mayor de treinta, comparezca a manifestar lo que a su derecho convenga y ofrezca las pruebas que estime procedentes, en relación con los hechos asentados en el acta de inspección.

ARTICULO 256. El cómputo de los plazos que se señalen para el cumplimiento de disposiciones sanitarias, se hará entendiendo los días como naturales, con las excepciones que esta Ley establezca.

ARTICULO 257. Una vez oído al presunto infractor o a su representante legal y desahogadas las pruebas que ofreciere y fueren admitidas, se procederá dentro de los cinco días hábiles siguientes, a dictar, por escrito, la resolución que proceda, la cual será notificada en forma personal o por correo certificado con acuse de recibo al interesado o a su representante legal.

ARTICULO 258. En caso de que el presunto infractor no compareciera dentro del plazo fijado por el artículo se procederá a dictar, en rebeldía, la resolución definitiva y a notificarla personalmente o por correo certificado con acuse de recibo.

ARTICULO 259. En los casos de suspensión de trabajos o de servicios o de clausura temporal o definitiva, parcial o total, el personal comisionado para su ejecución procederá a levantar acta detallada de la diligencia, siguiendo para ello los lineamientos generales establecidos para las inspecciones.

ARTICULO 260. Cuando del contenido de un acta de inspección se desprenda la posible comisión de uno o varios delitos, se formulará la denuncia correspondiente ante el Ministerio Público, sin perjuicio de la aplicación de la sanción administrativa que proceda.

CAPITULO IV

RECURSO DE INCONFORMIDAD

ARTICULO 261. Contra actos y resoluciones de la Secretaría de Salud que con motivo de la aplicación de esta Ley den fin a una instancia o resuelvan un expediente, los interesados podrán interponer el recurso de inconformidad.

ARTICULO 262. El plazo para interponer el recurso será de quince días hábiles, contados a partir del día siguiente a aquél en que se hubiere notificado la resolución o acto que se recurra.

ARTICULO 263. El recurso se interpondrá ante la unidad administrativa que hubiere dictado la resolución o acto combatido, directamente o por correo certificado con acuse de recibo. En este último caso, se tendrá como fecha de presentación la del día de su depósito en la oficina de correos.

ARTICULO 264. En el escrito se precisará

el nombre y domicilio de quien promueva, 1, hechos objeto del recurso, la fecha en que, bajo protesta de decir verdad, manifieste el recurrente que tuvo conocimiento de la resolución recurrida, los agravios que, directa o indirectamente, a juicio del recurrente, le cause la resolución o acto impugnado, la mención de la autoridad que haya dictado la resolución, ordenado o ejecutado el acto y el ofrecimiento de las pruebas que el incouforme se proponga rendir.

Al escrito deberán acompañarse los siguientes documentos:

I. Los que acrediten la personalidad del promovente, siempre que no sea el directamente afectado y cuando dicha personalidad no hubiera sido reconocida con anterioridad en la instancia o expediente que concluyó con la resolución impugnada:

Il. Los documentos que el recurrente ofrezca como pruebas y quetengan relación inmediata y directa con la resolución o acto impugnado, y

III. Original de la resolución impugnada, **en su caso.**

ARTICULO 265. En la tramitación del recurso se admitirá toda clase de medios probatorios, excepto la confesional.

ARTICULO 266. Al recibir el recurso, la unidad respectiva verificará si éste es procedente, y si fue interpuesto en tiempo debe **admitirlo o, en su caso, requerir al** promovente para que lo aclare, concediéndole al efecto un término de cinco días hábiles.

En el caso que la unidad citada considere, previo estudio de los antecedentes respectivos, que procede su desechamiento, emitirá opinión técnica en tal sentido.

ARTICULO 267. En la substanciación del recurso sólo procederán las pruebas que se hayan ofrecido en la instancia o expediente que concluyó con la resolución o acto impugnado y las supervenientes.

Las pruebas ofrecidas que procedan, se admitirán por el área competente que deba continuar el trámite del recurso y para su desahogo, en su caso, se dispondrá de un término de treinta días hábiles contados a partir de la fecha en que hayan sido admitidas.

ARTICULO 268. En el caso de que el recurso fuere admitido, la unidad respectiva, sin resolver en lo relativo a la admisión de las **pruebas que se ofrezcan, emitirá una opinión** técnica del asunto dentro de un plazo de treinta días hábiles contados a partir del auto admisorio, y de inmediato remitirá el recurso y el expediente que contenga los antecedentes del caso al área competente de la autondad sanitaria que corresponda y que deba continuar el trámite del recurso.

ARTICULO 269. Tratándose de actos y resoluciones provenientes de la Secretaría de Salud su titular resolverá los recursos que se interpongan. Esta facultad podrá Ser delegada en acuerdo que se publique en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado.

ARTICULO 270. A solicitud de los particulares que Se consideren afectados por alguna resolución o acto de la autoridad sanitaria, ésta los orientará sobre el derecho que tienen de recurrir a la resolución o acto de que se trate, y sobre la tramitación del recurso.

ARTICULO 271. La interposición del recurso suspenderá la ejecución de las sanciones pecuniarias, si el infractor garantiza el interés fiscal.

Tratándose de otro tipo de actos o resoluciones, la interposición del recurso suspenderá su ejecución, siempre y cuando se satisfagan los siguientes requisitos:

I. Que lo solicite el recurrente;

II. Que no se siga perjuicio al interés social, ni se contravengan disposiciones de orden público, y

III. Que fueren de difícil reparación los daños y perjuicios que se causen al recurrente, con la ejecución del acto o resolución combatida.

ARTICULO 272. En la tramitación del recurso de inconformidad, se aplicará supletoriamente el Código de Procedimientos Civiles del Estado.

CAPITULO V

PRESCRIPCION

ARTICULO 273. El ejercicio de la facultad para imponer las sanciones administrativas previstas en la presente Ley, prescribirá en el término de cinco años.

ARTICULO 274. Los términos para la prescripción serán continuos y se contarán desde el día en que se cometió la falta o infracción administrativa, si fuere consumada, o desde que cesó, si fuere continua.

ARTICULO 275. Cuando el presunto infractor impugnare los actos de la autoridad sanitaria competente, se interrumpirá la prescripción, hasta en tanto la resolución definitiva que se dicte no admita ulterior recurso.

ARTICULO 276. Los interesados podrán hacer valer la prescripción, por vía de excepción. La autoridad deberá declararla de oficio.

TRANSITORIOS

ARTICULO PRIMERO. Esta Ley entrará en vigor tres días después de su publicación en el Periódico Oficial.

ARTICULO SEGUNDO. Todos los actos, procedimientos y recursos administrativos relacionados con esta Ley y que se hubieren iniciado bajo la aplicación del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1973, se tramitarán y resolverán conforme a las disposiciones de dicho Código.

ARTICULO TERCERO. Las autorizaciones que se hubieren expedido con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de la presente Ley, seguirán siendo válidas hasta su vencimiento. Las nuevas autorizaciones que se expidan a partir de la vigencia de esta Ley, se otorgarán de acuerdo a sus disposiciones.

ARTICULO CUARTO. En tanto se expidan los reglamentos y normas técnicas que se deriven de esta Ley, seguirán aplicándose los reglamentos federales y las normas técnicas que la autoridad sanitaria federal haya expedido.

ARTICULO QUINTO. El Ejecutivo del Estado, con la participación de la Secretaría de Salud, podrá suscribir con el Ejecutivo Federal los convenios necesarios a fin de establecer los mecanismos de apoyo necesarios en las materias de salubridad local.

ARTICULO SEXTO. Cuando las leyes vigentes en la Entidad, en la fecha de la expedición de la presente, hagan mención de la Secretaría de Salud Pública y Desarrollo Social, se entenderá que se refieren a la Secretaría de Salud del Estado.

Dado en la Sala de Sesiones del Palacio juárez del Poder Legislativo del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala de Xicohténcatl, a los siete días del mes de diciembre de mil novecientos ochenta y cuatro.- Profra. Nelly M. Ramírez Mendoza.- Diputada Presidenta.- Rúbrica.- Lic. Ramón Hemández Márquez.- Diputado Secretario.- Rúbrica>- José Refugio Roa Santos.- Diputado Secretario.- Rúbrica.

Por tanto, mando se imprima, publique, circule y se dé el debido cumplimiento.

Dado en el Palacio del Poder Ejecutivo del Estado, en la Ciudad de T'laxcala de Xicohténcatl a los siete días del mes de diciembre de mil novecientos ochenta y cuatro.- El Gobernador Constitucional del Estado.- Lic. Tulio Hemández GÓmez.- Rúbrica.- El Secretario de Gobierno.- Lic. Carlos Hernández García.- Rúbrica.

Acuerdo de coordinación que celebran el ejecutivo federal y el ejecutivo del estado de Tlaxcala, con el propósito de descentralizar el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria en la entidad"

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DE LAS SECRETARIAS DE PROGRAMACION y PRESUPUESTO, DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA FEDERACION y DE SALUD Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO DE TLAXCALA, CON EL PROPOSITO DE DESCENTRALIZAR EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULACION SANITARIA EN LA ENTIDAD

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-Secretaría de Salud.

Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salud y el Ejecutivo del Estado de Tlaxcala, con el propósito de descentralizar el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria en la entidad.

Las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salud y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala a los que en lo sucesivo se les denominará en este documento: SPP, Contraloría, SSA y el Gobierno del Estado, respectivamente, representados por sus titulares los CC. Carlos Salinas de Gortari, Francisco Rojas Gutiérrez y Guillermo Soberón Acevedo, así como por el Gobernador Constitucional del Estado y los Secretarios de Gobierno y de Salud y Desarrollo Social del mismo, CC. Tulio Hernández Gómez, Carlos Hernández Aguirre y Luis Carvajal Espino, han convenido en formalizar la descentralización del ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria en la entidad, en el marco del Convenio Unico de Desarrollo y el Acuer-

* **Diario Oficial de la Federación de 20 de agosto de 1986.**

do de Coordinación para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud en el Estado.

ANTECEDENTES

1. La Ley General de Salud reglamentaria del derecho a la protección de la salud, establece que la organización, operación, supervisión y evaluación de las funciones de control y regulación sanitaria podrán ser ejercidas por los gobiernos de las entidades federativas, suje. tándose a la normativa que emita la SSA y mediante la celebración de los acuerdos de coordinación respectivos;

2. El Decreto por el que las dependencias y entidades procederán a elaborar el Programa de Descentralización Administrativa que asegure el avance de dicho proceso, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de junio de 1984, contempla que las dependencias y entidades deberán prever la descentralización de funciones, así como del personal y los recursos presupuestales relacionados con las mismas: la coordinación de acciones del Ejecutivo Federal con los gobiernos de los estados y a través de éstos con los municipios, en el marco del Convenio Unico de Desarrollo: la elaboración de un programa de descentralización administrativa que asegure el avance de dicho proceso, determinando las acciones a realizar a mediano y corto plazo, así como los mecanismos y modalidades específicas, de acuerdo a las características de su materia:

3. Mediante el Convenio Unico de Desarrollo suscrito en 1984 por el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Tlaxcala, se establece que los Ejecutivos Federal y Estatal realizarán las acciones que resulten necesarias para llevar a cabo la integración programática de los servicios de salud en el Estado, así como para reforzar la coordinación en el ejercicio concurrente de sus atribuciones en materia de salubridad general. Para tal efecto, deberán celebrar el acuerdo de coordinación respectivo y promover la formación y funcionamiento de un Sistema Estatal de Salud, por medio de la desconcentración y descentralización de competencias y facultades que procedan:

4. El Acuerdo de Coordinación celebrado por el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Tlaxcala, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud en la Entidad, da inicio al programa de descentralización al quedar a cargo del Gobierno del Estado la coordinación programática de los servicios que presta la SSA, el Programa "IMSS-COPLAMAR" y los servicios estatales, a fin de aproximarlos progresivamente, evitar duplicidad y asegurar su interrelación con el Sistema Estatal de Salud. Se reservó a la SSA la responsabilidad de fungir como instancia de programación, presupuestación, fijación de normas técnicas, supervisión y evaluación general de los servicios.

5. El Convenio Unico de Desarrollo 1985, suscrito entre el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Tlaxcala, establece que al concluir satisfactoriamente la etapa de coordinación programática del Programa de Deseentralización de los Servicios de Salud en la Entidad procede la integración orgánica de los Servicios Coordinados de Salud Pública (SSA) y del Programa "IMSS-COPLAMAR": el corn-

promiso de los dos niveles de gobiernos en lo que se refiere a las funciones de autoridad sanitaria en materia de salubridad general y la realización de las acciones necesarias para establecer la estructura administrativa que se encargue de ejercerlas;

6. En el Acuerdo de Coordinación celebrado entre el Ejecutivo Federal, el IMSS y el Ejecutivo del Estado de Tlaxcala para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud en la Entidad celebrado el 24 de mayo de 1985 se establecen las bases, compromisos y responsabilidades para la descentralización del ejercicio de las facultades de regulación sanitaria que corresponden a la SSA; se confía a la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del Gobierno del Estado la responsabilidad de prestar los servicios de regulación sanitaria de conformidad con los acuerdos específicos y normas técnicas que emita la SSA y se distribuyen competencias en materia de salubridad general, reservándose a la autoridad sanitaria federal la realización directa de cualquier acto relacionado con la materia.

7. El Gobierno del Estado publicó en el Periódico Oficial de la Entidad el 20 de febrero de 1985 la Ley Estatal de Salud, que reglamenta la competencia del Estado y los municipios en materia de salubridad local; establece el ejercicio coordinado y la participación del gobierno estatal en la prestación de servicios de salubridad general, sujetándose a las normas técnicas que emita la SSA; prevé el impulso a la descentralización de las facultades de autoridad a los municipios; determina la organización de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del Estado, como órgano de autoridad competente para ejercer las funciones de control y regulación sanitaria y la celebración de los acuerdos respectivos con la SSA en las materias que conforme a la Ley General de Salud sean de interés común.

En base a los antecedentes mencionados y con fundamento en los artículos 40., 25, 26 Y 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 22, 32, 32 bis Y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 33 y 34 de la Ley de Planeación; Lo., 20., 40., 50., Y 25 de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal; 30., 40., 70.,90.,12,13,18,19,20,21,194,197,199, 368, 380, 393, 396, Y demás relativos de la Ley General de Salud y 10.,30.,40.,6., 70. Y 12 de la Ley Estatal de Salud, los Ejecutivos Federal y Estatal convienen en celebrar el presente Acuerdo bajo las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA. El objeto del presente Acuerdo es descentralizar el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria que en materia de salubridad general otorga la Ley General de Salud y la SSA de manera exclusiva, así como establecer las bases y modalidades para el ejercicio coordinado de las funciones de control y regulación sanitaria que se confieren de manera directa por la Ley General de Salud a las propias entidades.

Se entiende por control y regulación sanitaria el conjunto de actos que lleve a cabo la autoridad a fin de prevenir riesgos y mejorar las condiciones de salud de la población, que para los efectos de este Acuerdo comprende: el otorgamiento de autorizaciones, la vigilancia

sanitaria, la aplicación de medidas de seguridad y la imposición de sanciones respecto a los establecimientos, productos, servicios o personas a que se refiere la legislación sanitaria aplicable, así como las actividades relacionadas Con el fomento sanitario.

SEGUNDA. El presente instrumento tiene como finalidades esenciales las siguientes:

I. Definir el tipo de características de las funciones de control y regulación sanitaria cuyo ejercicio se descentraliza al Gobierno el Estado:

n. Proporcionar el apoyo e información necesarios a fin de que el personal autorizado por la SSA realice las facultades que le confiere la fracción 11 de la cláusula quinta de este Acuerdo;y

In. Ejercer las funciones de control y regulación sanitaria que se le descentralizan, conforme a los anexos técnicos que derivan del presente Acuerdo y determinen hs aspectos operativos de tales funciones.

TERCERA. El Gobierno del Estado y la SSA convienen que hasta en tanto no culmine la descentralización del ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria en la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del Gobierno del Estado, el titular de ésta asumirá la representación de la autoridad sanitaria federal en el Estado, a fin de evitar deterioros en el área sanitaria.

CUARTA. Las partes acuerdan que las funciones de control y regulación sanitaria que se descentralizan, conforme a la Ley General de Salud y a fin de consolidar el Sistema Estatal de Salud, se operarán de conformidad con los anexos técnicos que deriven del presente Acuerdo y pasarán a formar parte del mismo.

QUINTA. Corresponde a la SSA:

I. Emitir las normas técnicas a que deberá sujetarse la organización, operación, supervisión y evaluación del ejercicío de las funciones de control y regulación sanitaria que se descentralizan al Gobierno del Estado;

Il. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas que emita;

IlI. Proporcionar al Gobierno del Estado la información y asistencia técnica necesaria para el eficaz cumplimiento del objeto del presente instrumento;

IV. Formular las guías y lineamientos para la integración y aprobación de los manuales de organización y procedimientos del ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria que apoyen el desarrollo del proceso de descentralización, y

V. Fomentar y vigilar que la descentralización del ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria en la entidad se inscriba en un programa de modernización y simplificación administrativa en la prestación de di. chos servicios.

SEXTA. Corresponde al Gobierno del Estado:

I. Organizar, operar, supervisar y evaluar el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria objeto de este instrumento, de acuerdo a las normas técnicas y los manuales de organización y procedimientos que apruebe la SSA;

u, Precisar que la normativa, programación

y evaluación nacionales de las funciones de control y regulación sanitaria cuyo ejercicio se descentraliza serán realizadas por la SSA;

III. Establecer que la organización, operación, supervisión y evaluación de las funciones de control y regulación sanitaria cuyo ejercicio se descentraliza quedarán a cargo del Gobierno del Estado, a través de su Secretaría de Salud y Desarrollo Social, con sujeción a la normativa que emita la SSA;

IV. Determinar las bases para la administración de los recursos necesarios para que el Gobierno del Estado ejerza las facultades que se descentralizan; y

V. Establecer las medidas legales, técnicas y administrativas que las partes se obligan a adoptar o promover, para el mejor cumplimiento del presente instrumento.

SEPTIMA. La SSA descentraliza al Gobierno del Estado, con fundamento en los artículos 13 apartado A y 18 segundo párrafo de la Ley General de Salud, el ejercicio de las funciones que de manera exclusiva le confiere la propia Ley, y que a continuación se enuncian y de manera limitativa se establecerán en los anexos técnicos de este Acuerdo.

A) En **materia de** autorizaciones

I. Lieeneíae Sanitarias. Recepción de la solicitud; práctica de la visita de inspección para verificar las condiciones del establecimiento o vehículo; comunicación en su caso, a los interesados de las deficiencias sanitarias que existan con un plazo para su corrección; elaboración del dictamen relativo a la procedencia de la solicitud, y en su caso, expedición, revalidación, o revocación de la licencia sanitaria.

Queda reservada a la SSA la facultad de expedir, revocar o revalidar la licencia sanitaria, de los establecimientos relacionados con medicamentos, bebidas alcohólicas, tabaco, plaguícidas, fertilizantes, radiaciones ionizantes, equipo **médico, estupefacientes, substancias psicotrópicas, substancias tóxicas, prótesis,** órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos y de curación, por lo que la autoridad estatal deberá remitir el expediente con el dictamen referido en el párrafo anterior a la unidad de la SSA competente para tales efectos, sin perjuicio de que ejerza las demás atribuciones de autoridad que se descentralizan.

El Gobierno del Estado, en los términos del presente instrumento, podrá expedir, revalidar o revocar la licencia sanitaria de los establecimientos dedicados al expendio de tabaco.

La SSA determinará discrecionalmente los establecimientos relacionados con el proceso de alimentos, productos higiénicos, de perfumería, belleza y aseo, respecto de los cuales se reserva la facultad de expedir, revalidar o revocar la licencia sanitaria correspondiente.

2. Permisos Sanitarios. Recepción de la solicitud, integración del expediente y expedici6n o revocación del permiso sanitario correspondiente.

La SSA se reserva la facultad de expedir o revocar el permiso sanitario en las etapas del proceso que se determinen en los anexos técnicos de este Acuerdo respecto a las actividades relacionadas con estupefacientes, substancias psicotrópicas, tabaco, substancias tóxicas, medicamentos, bebidas alcohólicas, plaguicidas, fertilizantes, radiaciones ionizantes, equipo médico, prótesis, órtesis, ayudas funcionales,

agentes de diagnóstico, materiales quirúrgicos y de curación; asimismo las actividades relacionadas con la publicidad, Por lo que la autoridad sanitaria estatal sólo participará hasta la integración del expediente, que deberá remitir a la unidad competente de la SSA para tal efecto y coadyuvar en el depósito de estupefacientes y productos que los contengan, que hayan sido asegurados o puestos a disposición de la SSA. La SSA determinará discrecionalmente las actividades relacionadas con el proceso de alimentos, productos higiénicos, de perfumería, belleza y aseo, respecto de las cuales se reserva la facultad de expedir o revotar el permiso sanitario correspondiente.

3. Registro Sanitario. Recepción de la solicitud, integrar el expediente para su remisión a la unidad de la SSA que se establezca como única facultada para la expedición del registro respectivo.

4. Notificación. En todos aquellos casos en que la SSA expida, revalide o revoque las autorizaciones a que se refiere esta cláusula, el resultado se le comunicará al interesado por conducto de la autoridad sanitaria estatal.

B) En materia de vigilancia sanitaria

Ordenar y practicar las visitas de inspección que sean a su cargo y las que determine la SSA, a fin de dar cumplimiento al ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria que se descentralizan.

c) En materia de medidas de seguridad e imposición de sanciones

La aplicación de medidas de seguridad a que se refieren las fracciones VI, VII, IX, X, XI, XII Y XIII del artículo 404 de la Ley General de Salud e imposición de sanciones administrativas previstas en la propia Ley y sus reglamentos y que resulten como consecuencia del ejercicio de las funciones de vigilancia sanitaria que se descentralizan o bien cuando así lo requiera la SSA.

d) En materia de recursos de inconformidad

Respecto de los actos y resoluciones emitidos por el Gobierno del Estado, conocer el escrito de inconformidad y documentos que deben acompañarse, verificar su procedencia y si fue interpuesto en tiempo; requerir el promovente en su caso, para que lo aclare; recibir, admitir, desahogar y valorar las pruebas que se ofrezcan; acordar su admisión o desechamiento y emitir la resolución que confirme, modifique o revoque el acto o resolución recurrido y notificarla conforme a las disposiciones legales aplicables.

e) En lo relativo al Programa contra la Farmaeodependencia

Se estará a lo dispuesto en el Decreto publica. do en el Diario Oficial de la Federación el 26 de febrero de 1985 y a los acuerdos específicos que se celebren,

OCTAVA. En cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 13 Apartado B, 18 primer párrafo y 199 de la Ley General de Salud, la SSA asesorará al Gobierno del Estado en el ejercicio de las funciones que a éste le confiere de manera directa la propia Ley, y que a continuación se enuncian:

a) En materia de prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.

1. Ejercer las acciones de saneamiento básico. Se entiende por saneamiento básico, el control y vigilancia de los factores ambientales físicos mínimos que ejerzan o puedan ejercer acciones nocivas sobre el crecimiento, salud y supervivencia del ser humano, tales como control de la fauna nociva, disposición de desechos sólidos y vigilancia de la potabilidad del agua.

2. Prestar asesoría en materia de ingeniería sanitaria de obras públicas y privadas para cualquier uso.

3. Ejercer el control y vigilancia sanitaria de las vías generales de comunicación en las terminales del servicio público de autotransporte de carga y pasajeros en tránsito nacional, así como sus establecimientos, vehículos y los establecimientos aledaños al derecho de vía. Este control comprende la facultad de expedición, revalidación o en su caso revocación de licencias sanitarias, inspección a los establecimientos o vehículos, aplicación de medidas de seguridad a que se refieren las fracciones VI, VII, IX, XII Y XIII del artículo 404 de la Ley General de Salud, imposición de sanciones administrativas y el trámite y resolución de los recursos de inconformidad que con motivo del ejercicio de dichas funciones interpongan los interesados.

4. Coadyuvar mediante la práctica de las visitas de inspección, en el control de la seguridad radiológica en las construcciones de obra, instalaciones, así como la operación y funcionamiento de las existentes, donde se usen para fines industriales o de investigación, fuentes de radiación.

B) En Materia de Salud Ocupacional

El Gobierno del Estado tendrá a su cargo la expedición revalidación o en su caso revocación, de las licencias sanitarias de los establecimientos en que se desarrolle una actividad ocupacional, practicar las visitas de inspección, aplicar las medidas de seguridad previstas en las fracciones VI, VII, IX, X, XII Y XIII del artículo 404 de la Ley General de Salud, la imposición de sanciones administrativas y el trámite de resolución de los recursos de inconformidad que interpongan los interesados. Para tal efecto, se deberá coordinar en su caso, con las autoridades laborales competentes, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Salud.

La SSA se reserva las facultades a que se refiere el párrafo anterior en los establecimientos relacionados con el proceso de estupefacientes, substancias psicotrópicas, tabaco, substancias tóxicas, medicamentos, bebidas alcohólicas, plaguicidas, fertilizantes, radiaciones ionizantes, equipo médico, prótesis, órtesis, ayudas funcionales y agentes de diagnóstico, materiales quirúrgicos y de curación. Asimismo, determinará discrecionalmente-los establecimientos relacionados con el proceso de alimentos, productos higiénicos, de perfumería, belleza y aseo, en los que se reserva dicha función.

c) En materia de control y regulación sanitaria de los establecimientos que expendan o suministren al público alimentos y bebidas no alcohólicas y alcohólicas, en estado natural, mezcladas, preparadas, adicionadas o acondicionadas para su consumo dentro o fuera de los mismos.

Expedir, revalidar o en su caso revocar licencias sanitarias, practicar las visitas de inspección necesarias, aplicar las medidas de seguridad a que se refieren las fracciones VI, VII, XI, Y XIII del artículo 404 de la Ley General de Salud, imponer sanciones administrativas, tramitar y resolver los recursos de inconformidad que al respecto interpongan los interesados.

Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas determinar la ubicación y el horario de funcionamiento de los establecimientos en que se expendan bebidas alcohólicas.

d) En materia de tarjeta de control sanitario

Recepción de la solicitud, ordenar y práctica de los exámenes correspondientes y expedición en su caso, de la autorización relativa para cualquier persona que lo solicite, independientemente del tipo de establecimiento en que preste sus servicios, de conformidad con los reglamentos respectivos.

Se entiende por tarjeta de control sanitario la autorización que se exige a las personas, para evitar que por la naturaleza de sus actividades puedan propagar alguna de las enfermedades transmisibles que señala la Ley General de Salud.

e) En lo relativo al programa contra el alcoholismo, se estará a lo dispuesto en elreglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación del 26 de febrero de 1985 y a los acuerdos específicos que se celebren.

f) En lo relativo al programa contra el tabaquismo, en el marco del Sistema Nacional de Salud, la SSA coordinará las acciones correspondientes, con fundamento en el Capítulo 11, Título Décimo Primero de la Ley General de Salud.

NOVENA. La SSA se compromete a promover y prestar asistencia técnica al Gobierno del Estado, en programas de orientación al público, para facilitar el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria que se descentraliza, las que se llevarán a cabo bajo la normativa y coordinación de la propia SSA.

DECIMA. Para el ejercicio de las funciones que en materia de control y regulación sanitaria se descentraliza al Gobierno del Estado, se deberá observar la Ley General de Salud, los reglamentos y acuerdos que de ella emanen y las normas técnicas que emita la SSA.

DECIMA PRIMERA. Con respecto a las funciones de control y regulación sanitaria cuyo ejercicio se descentraliza, la SSA podrá adoptar las medidas conducentes en la Entidad, como consecuencia de la acción popular, de conformidad con el artículo 60 de la Ley General de Salud y cuando la propia dependencia lo considere procedente para evitar riesgos o daños a la salud de la población. En todos los casos, la SSA hará del conocimiento de las autoridades sanitarias locales las medidas que lleve a cabo.

DECIMA SEGUNDA. Las partes convienen para los efectos del objeto del presente Acuerdo que las funciones de control y regulación sanitaria que no se mencionan de manera expresa en este instrumento y que no sean materia de salubridad local, se entienden reservadas en su ejercicio exclusivo a la SSA y por lo tanto no son objeto de descentralización.

DECIMA TERCERA. El Gobierno del Esta-

do con el propósito de simplificar los procedimientos en materia de control y regulación sanitaria de los giros de salubridad local de su competencia conviene en aceptar el "Acuerdo por el que se Exime a los Establecimientos Industriales, Comerciales o de Servicios que se Indican, del requisito de Licencia Sanitaria para su Funcionamiento", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de noviembre de 1984, con apoyo en los artículos 368, 369, 371,372 Y 373 de la Ley General de Salud.

DECIMA CUARTA. La SSA y el Gobierno del Estado convienen en revisar periódicamente, atendiendo al riesgo sanitario que representen, los establecimientos comprendidos en los giros de su competencia, a fin de determinar cuáles de ellos pueden liberarse del requisito de licencia sanitaria.

DECIMA QUINTA. El Gobierno del Estado y los municipios en su caso, de conformidad con la Ley General de Salud y la legislación local aplicable son las únicas autoridades competentes para ejercer el control y regulación sanitaria, en las materias de salubridad local y determinar el cobro de derechos, multas y/o aprovechamientos.

DECIMA SEXTA. El Gobierno del Estado, con el apoyo y asesoría de la SSA en su caso, podrá convenir con sus municipios que éstos participen en el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria que se descentralicen, conservando el Gobierno del Estado en todo caso su calidad de autoridad sanitaria en materia de salubridad general.

DECIMA SEPTIMA. El Gobierno del Estado, en el uso de facultades discrecionales respecto al ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria que se descentralizan, se compromete a sujetarse a los siguientes criterios:

I. Se fundarán y motivarán en los términos del artículo 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

II. Considerarán los procedentes que se hayan dado en ejercicio de las facultades específicas que van a ser usadas; así como la experiencia acumulada en ese aspecto;

III. Se guiarán por criterios lógicos en los términos definidos por las autoridades judiciales competentes;

IV. Los demás que establezca el superior jerárquico, tendientes a la predictibilidad de la resolución de los funcionarios; y

V. La resolución que se adopte se hará saber por escrito al interesado dentro del plazo que marquen las disposiciones aplicables de la materia, para el caso de que no exista éste, dentro de un plazo no mayor de cuatro meses, contados a partir de la recepción de la solicitud del particular.

DECIMA OCTAVA. Respecto al ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria en los establecimientos que prestan servicios de salud, la SSA descentralizará al Gobierno del Estado las facultades que se determinen en el anexo técnico correspondiente de este Acuerdo.

DECIMA NOVENA. La SSA pondrá a disposición del Gobierno del Estado los recursos con que actualmente cuentan los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado para la operación de las funciones de control y regulación sanitaria que se descentralizan, conforme al régimen legal aplicable. Los derechos

laborales de los trabajadores serán respetados en la ejecución del presente acuerdo de coordinación, en los términos del Acuerdo de Coordinación para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa y las demás disposiciones legales aplicables.

VIGESIMA. El Gobierno del Estado reconoce que el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria a que se refiere el artículo 13, Apartado A de la Ley General de Salud y que se descentralizan por este Acuerdo, son actos de naturaleza jurídica federal y su ejercicio es a nombre y cuenta de la SSA. Por lo tanto, en materia de derechos se deberá sujetar a lo previsto en la Ley Federal de Derechos. Respecto a las multas y/o aprovechamientos que se generen, quedarán sujetos a los acuerdos específicos que se celebren con la autoridad fiscal competente.

VIGESIMA PRIMERA. La SSA reconoce que el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria que con fundamento en lo dispuesto en el artículo 13, Apartado B, de la Ley General de Salud, y que los estados ejercen por mandato de la propia Ley, son actos de naturaleza jurídica estatal por provenir de la autoridad local respectiva. Por lo tanto el cobro de los derechos, multas y/o aprovechamientos que se generen, quedarán sujetos a las tarifas que determinen las autoridades de la entidad con base en las disposiciones locales correspondientes.

VIGESIMA SEGUNDA. Una vez aprobados por la SSA los manuales de organización y procedimientos, así como las normas técnicas y anexos operativos correspondientes para el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria, la Secretaría de Salud y Desarrollo Urbano del Gobierno del Estado podrá aplicarlos.

VIGESIMA TERCERA. La Secretaría de la Contraloría General de la Federación vigilará el uso y destino que se dé a los recursos federales que se asignen con motivo de la ejecución del presente Acuerdo, en base a sus sistemas integrados de control.

VIGESIMA CUARTA. Sobre el presente Acuerdo, la SPP dictamina que es congruente con el Convenio Unico de Desarrollo y el Acuerdo para la Integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud en el Estado, en consecuencia, se adiciona a éstos, para formar parte de su texto.

VIGESIMA QUINTA. Las partes se comprometen a implantar los mecanismos de evaluación permanente que muestren el avance y resultados de las acciones que se deriven del Programa de Trabajo a que se refiere la cláusula vigésima del Acuerdo de Coordinación para la Integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud en el Estado de Tlaxcala, así como el objeto del presente instrumento y de ser necesario, se tomarán las medidas adecuadas a fin de reorientar tales acciones.

VIGESIMA SEXTA. Las partes convienen en celebrar los acuerdos que procedan para resolver sus dudas sobre la interpretación, extensión, ejecución y cumplimiento del presente instrumento, en el marco del Convenio Unico de Desarrollo, Acuerdos de Coordinación respectivos vigentes y sus anexos técnicos.

Este Acuerdo surtirá efecto a partir de su publicación en el **Diario** Oficial de la Federación y en el Periódico Oficial de la Entidad.

Enteradas las partes del contenido y aleances del presente instrumento para su observancia y cumplimiento, se firma en la Ciudad.

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de T1axcala con el propósito de descentralizar el ejercicio de las Funciones de Control y Re guIación Sanitaria.- El C. Secretario de Programación y Presupuesto, Carlos Salinas de Gortari.-Rúbrica.-EI C. Gobernador Constitucional del Estado de T1axcala, Tulio Hernández GÓmez.-Rúbrica.-EI C. Secretario de la Contraloría General de la Federación, Franciaco Rojas Gutiérrez.-Rúbrica.-EI C. Secretario General de Gobierno del Estado de Tlaxcala, Carlos Hernández Aguirre.-Rúhrica.– El C. Secretario de Salud, Guillermo Soberón Acevedo.-Rúbrica.- El C. Secretario de Salud y Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Tlaxcala, Luis Carbsjal Espino.-Rúhrica.

Cronología de disposiciones jurídicas relevantes

FECHA	DlSPOSICION JURlDICA
2 de enero de 1841	Reglamento del Consejo Superior de Salubridad.
2 de febrero de 1861	Decreto del gobierno que seculariza los hospitales y establecimientos de beneficencia.
2 de marzo de 1861	Decreto del gobierno que crea la Dirección General de Beneficencia Pública.
5 de mayo de 1861	Reglamento de la Dirección General de Beneficencia Pública.
30 de agosto de 1862	Decreto del' gobierno que deroga el que estableció la Dirección de Beneficencia Pública.
23 de enero de 1877	Circular sobre la creación de una junta denominada Dirección de Beneficencia Pública.
14 de julio de 1879	Reglamento del Consejo Superior de Salubridad.
lo. de agosto de 1881	Reglamento de la Beneficencia Pública.
15 de julio de 1891	Primer Código Sanitario.
10 de septiembre de 1894	Segundo Código Sanitario.
15 de noviembre de 1894	Reglamento de Sanidad Marítima de la República.
27 de mayo de 1899	Ley sobre Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales.
30 de diciembre de 1902	Tercer Código Sanitario.
24 de agosto de 1904	Ley de Beneficencia Privada en el Distrito y Territorios Federales.
17 de junio de 1905	Reglamento del Hospital General.
lo. de julio de 1914	Reglamento de Sanidad aprobado por el Presidente de la República.

FECHA	DISPOSICION JURIDICA
5 de febrero de 1917	Artículo 73, fracción XVI, de la Constitución de 1917.
14 de junio de 1917	Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, cuyo artículo 10 crea el Departamento de Salubridad y establece sus funciones.
31 de diciembre de 1917	Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, cuyo artículo 10 establece las facultades que corresponden al Departamento de Salubridad Pública.
19 de septiembre de 1918	Reglamento de la Ley de Beneficencia Privada.
14 de agosto de 1924	Decreto que crea la Junta Directiva de la Beneficencia Pública para el manejo de bienes y caudales de la misma.
29 de diciembre de 1924	Reglamento del Departamento de Salubridad Pública.
21 de enero de 1925	Reglamento del Departamento de Salubridad.
28 de abril de 1925	Decreto que crea la Escuela de Salubridad e Higiene.
12 de agosto de 1925	Ley General de Pensiones Civiles y de Retiro.
28 de enero de 1926	Ley de Beneficencia Privada en el Distrito Federal.
8 Y9 de junio de 1926	Cuarto Código Sanitario.
4 de diciembre de 1926	Reglamento del Consejo de Salubridad General.
14 de diciembre de 1926	Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General de la República.
12 de marzo de 1928	Reglamento federal de cementerios, inhumaciones, exhumaciones, conservación y traslación de cadáveres. Abrogado en el D.O. de 20 de febrero de 1985.
17 de mayo de 1929	Decreto por el cual se crea el Servicio de Higiene Infantil del Departamento de Salubridad.
28 de junio de 1929	Código Sanitario Panamericano.
22 de julio de 1933	Decreto que declara obligatoria la aplicación del método "Crede" en el tratamiento de los recién nacidos. Abrogado en el D.O. de 13 de febrero de 1984.
22 de julio de 1933	Decreto que autoriza la creación del Hospital "Sagrado Corazón de Jesús" en Querétaro, Qro. Abrogado en el D.O. de 13 de julio de 1978.
24 de febrero de 1934	Decreto que establece de modo permanente la campaña contra la tuberculosis.
6 de abril de 1934	Ley de Secretarías de Estado, Departamentos Administrativos y demás dependencias del Ejecutivo Federal, cuyo artículo 12 corresponde al Departamento de Salubridad.
25 de agosto de 1934	Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República Mexicana.

FECHA	DlSPOSICION JURIDICA
31 de agosto de 1934	Quinto Código Sanitario.
31 de diciembre de 1935	Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, cuyo artículo 12, fracción XV, corresponde al Departamento de Salubridad Pública e indica sus funciones.
31 de agosto de 1936	Reglamento para la admisión de enfermos en el Sanatorio Antituberculoso de Huipulco, Distrito Federal. Abrogado en el D.O. de 13 de febrero de 1984.
20 de junio de 1937	Decreto que adiciona la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando el Departamento de Asistencia Social Infantil.
31 de diciembre de 1937	Decreto que modifica la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando la Secretaría de la Asistencia Pública por fusión de la Beneficencia Pública y del Departamento de Asistencia Social Infantil.
23 de abril de 1938	Reglamento para la campaña contra la oncocercosis.
27 de septiembre de 1938	Ley que declara de utilidad pública la campaña contra el paludismo y crea la Comisión de Saneamiento Antimalárico. Abrogado en el D.O. de 7 de febrero de 1984.
18 de marzo de 1939	Inauguración del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.
30 de diciembre de 1939	Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, cuyo artículo 10 corresponde a la Secretaría de Asistencia Pública y el artículo 13 al Departamento de Salubridad Pública.
8 de febrero de 1940	Reglamento para la campaña contra las enfermedades venéreas.
29 de marzo de 1940	Reglamento de predios y construcciones en los puertos para la profilaxis de la peste. Abrogado en el D.O. de 13 de febrero de 1984.
2 de enero de 1943	Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito y Territorios Federales.
19 de enero de 1943	Ley que crea el Instituto Mexicano del Seguro Social.
16 de marzo de 1943	Ley sobre la Lotería Nacional.
23 de junio de 1943	Ley que crea el Hospital Infantil de la Ciudad de México.
18 de octubre de 1943	Decreto por el que se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia por fusión de la Secretaría de la Asistencia Pública y del Departamento de Salubridad Pública.
31 de enero de 1944	Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General de la República.
18 de abril de 1944	Decreto que crea el Instituto Nacional de Cardiología.
2 de enero de 1945	Ley de Maternidad y Servicios de Maternidad.

FECHA	DISPOSICION JURIDICA
2 de marzo de 1945	Ley de la Dirección de Cooperación lnteramericana de Salubridad Pública.
11 de octubre de 1945	Ley que crea, con personalidad jurídica propia, el Comité de Proyección y Construcción del Centro Médico de la Ciudad de México.
14 de noviembre de 1945	Decreto que establece el uso de las siglas SSA para designar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en sustitución de la SAP y DPS, que designaban a las dependencias fusionadas en ella.
12 de octubre de 1946	Decreto que crea el Instituto Nacional de Nutrición.
30 de noviembre de 1946	Decreto por el que se crea el Patronato del Manicomio de Mujeres. Abrogado en el D.O. de 13 de febrero de 1984.
13 de diciembre de 1946	Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, cuyo artículo 13 corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
18 de diciembre de 1946	Decreto que crea el Instituto Nacional de Cancerología.
2 de enero de 1947	Reglamento de la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado que otorga a la SSA la facultad de organizar, administrar, dirigir y controlar la salud, asistencia y beneficencia pública, impartida tanto por el Estado como por las instituciones privadas.
7 de mayo de 1947	Acuerdo por el cual se reconoce a la SSA la facultad de administrar los bienes que constituyen el patrimonio de la Beneficencia Pública.
26 de agosto de 1947	Decreto por el que se crea el Patronato del Comité de Lucha contra la Oncocercosis. Abrogado en el D.O. de 13 de febrero de 1984.
25 de enero de 1950	Sexto Código Sanitario.
9 de marzo de 1950	Reglamento para la campaña antirrábica.
11 de abril de 1950	Decreto que crea el Instituto de Investigaciones Médicas. Abrogado. en el D.O. de 13 de febrero de 1984.
30 de diciembre de 1950	Ley que crea los Institutos de Oftalmología, Gastroenterologíá y Urología.
7 de febrero de 1951	Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.
17 de noviembre de 1951	Reglamento para hospitales, maternidades y centros rnaterno-infantiles en el Distrito y Zonas Federales. Abrogado en el D.O. de 14 de mayo de 1986.
27 de febrero de 1952	Decreto que crea el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
lo. de marzo de 1952	Decreto que establece el organismo de cooperación social y de acción permanente denominado Instituto para la Rehabilitación de los Ciegos.

FECHA	DISPOSICION JURIDICA
13 de octubre de 1952	Acuerdo que crea el Patronato de la Unidad Cultural "Primera Dama". Abrogado en el D.O. de 13 de febrero de 1984.
5 de noviembre de 1953	Decreto que crea la Junta Nacional para el Mejoramiento de la Alimentación. Abrogado en el D.O. de 13 de febrero de 1984.
9 de marzo de 1954	Decreto que dispone que corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia fijar y orientar en todos sus aspectos los programas de construcción, planeación y organización de las unidades hospitalarias.
28 de octubre de 1954	Decreto que crea la Comisión Coordinadora del Programa de Bienestar Social Rural.
14 de diciembre de 1954	Reglamento para hospitales generales dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Abrogado en el D.O. de 14 de mayo de 1986.
lo. de marzo de 1955	Séptimo Código Sanitario.
24 de diciembre de 1958	Ley de Secretarías y Departamentos de Estado que adiciona la facultad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para crear y administrar establecimientos de terapia social, asimismo establecer la aplicación de fondos de la Lotería Nacional a la Beneficencia Pública.
17 de julio de 1959	Decreto que establece de modo permanente el organismo de cooperación y acción social denominado Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis.
30 de diciembre de 1959	Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
lo. de febrero de 1961	Decreto que crea un organismo público descentralizado que se denomina Instituto Nacional de Protección a la Infancia.
15 de abril de 1961	Reglamento por el que se determinan las atribuciones de diversas dependencias del Instituto Mexicano del Seguro Social.
8 de noviembre de 1961	Reglamento de bancos de sangre, servicios de transfusión y derivados de la sangre. Abrogado en el D.O. de 20 de febrero de 1985.
20 de marzo de 1964	Reglamento de laboratorios de análisis clínicos. Abrogado en el D.O. de 14 de mayo de 1986.
6 de agosto de 1965	Decreto que crea una Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social.
9 de junio de 1968	Decreto que crea el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), que tendrá personalidad jurídica y patrimonio propio.
15 de julio de 1968	Decreto que crea el Instituto Nacional de Pediatría.

FECHA	DISPOSICION JURIDICA
19 de agosto de 1968	Decreto que crea un organismo público descentralizado denominado Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez.
23 de marzo de 1971	Ley federal para prevenir y controlar la contaminación ambiental.
29 de enero de 1972	Acuerdo por el que se crea en la Secretaría de Salubridad y Asistencia la Subsecretaría de Mejor.amiento del Ambiente.
10 de mayo de 1972	Acuerdo que dispone que para los efectos de estadística y geografía médicas, toda persona física o moral que preste atención obstétrica deberá proporcionar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia los datos que ésta solicite sobre defunciones originadas por esa atención. Abrogado en el D.O. de 13 de febrero de 1984.
26 de julio de 1972	Decreto por el que se crea el Hospital General "Dr. Manuel Gea González".
12 de marzo de 1973	Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.
13 de marzo de 1973	Octavo Código Sanitario.
II de noviembre de 1974	Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.
12 de noviembre de 1974	Reglamento de la prestación de los servicios para la salud en materia de atención médica, cuya aplicación corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Abrogado en el D.O. de 14 de mayo de 1986.
19 de diciembre de 1974	Reglamento de publicidad para alimentos, bebidas y medicamentos. Abrogado en el D.O. de 26 de septiembre de 1986.
31 de diciembre de 1974	Decreto que reforma la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 40. y 123, fracción XXI, ambos relacionados con la salud.
25 de julio de 1975	Decreto que crea el Instituto Nacional de Perinatología.
2 de enero de 1976	Decreto por el que se reforman diversos artículos del decreto del 30 de octubre de 1974, por el que se reestructura el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, que cambia su denominación y se convierte en Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia.
6 de febrero de 1976	Reglamento de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos. Abrogado en el D.O. de 14 de mayo de 1986.
25 de octubre de 1976	Reglamento de parteros empíricos capacitados. Abrogado en el D.O. de 14 de mayo de 1986.
25 de octubre de 1976	Reglamento federal para la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. Abrogado en el D.O. de 20 de febrero de 1985.
29 de diciembre de 1976	Ley Orgánica de la Administración Pública, cuyo artículo 39 corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

FECHA	DISPOSICION JURIDlCA
13 de enero de 1977	Decreto por el que se crea un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se denominará Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
24 de febrero de 1978	Decreto por el que se crea un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se denominará Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública.
25 de abril de 1978	Reglamento de seguridad radiológica para el uso de equipo de rayos X tipo diagnóstico. Abrogado en el D.O. de 14 de mayo de 1986.
22 de agosto de 1979	Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de la Senectud.
26 de diciembre de 1979	Decreto por el que se crea el Instituto Mexicano de Psiquiatría como organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrio monio propio.
lo. de febrero de 1980	Reglamento para la expedición y uso de tarjetas de control sanitario. Abrogado en el D.O. de 14 de mayo de 1986.
27 de noviembre de 1981	Ley que crea elInstituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán",
23 de diciembre de 1981	Acuerdo de creación de las Comisiones de Investigación y de Etica. Abrogado en el D.O. de 6 de enero de 1987.
II de enero de 1982	Ley Federal de Protección al Ambiente.
14 de enero de 1982	Decreto por el que se crea un organismo descentralizado denominado Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
4 de agosto de 1982	Decreto de creación de las Comisiones de Bioseguridad. Abrogado en el D.O. de 6 de enero de 1987.
29 de diciembre de 1982	Decreto de reformas y adiciones a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
28 de marzo de 1983	Acuerdo número 7 por el que se establece el Consejo Interno del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. Abrogado en el D.O. de 10 de noviembre de 1986.
19 de abril de 1983	Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de Pediatría como organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio.
19 de abril de 1983	Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de Perinatología como organismo público descentralizado Con personalidad jurídica y patrimonio propio.

Salubridad y Asistencia

Reglamento de estudios médicos, de exámenes y del Consejo de Salubridad del Departamento de México. 4 de enero de 1841

El C. Luis Gonzaga Vieyra

Coronel retirado y Gobernador Constitucional del Departamento de México

El Sr. Presidente de la Exma. Junta Departa-, mental, con fecha 23 del presente, ha dirigido a este Gobierno la comunicación siguiente:

Exmo. Sr. La Junta Departamental, en uso de la atribución 5a. artículo 14 de la 6a. Ley constitucional, ha acordado el Reglamento de estudios médicos, de exámenes y del Consejo de Salubridad del Departamento dc México, que de su acuerdo remite a V.E. para que si está conforme se sirva mandar publicar y ejecutar.

La Exma. Junta Departamental, en uso de la atribución 5a. artículo 14 de la 6a. Ley constitucional, oído el dictamen dc la Facultad Médica y cuerpo dc Profesores, ha acordado el siguientc Ordenamiento de arreglo de los estudios médicos y exámenes dc profesores y policía en ejercicio dc las facultades dc medicina en el Dcpartamento de México.

CAPITULO TERCERO

Del Consejo de Salubridad

ARTICULO 71. Se establece un Consejo superior de Salubridad del Departamento de México, compuesto de cinco miembros titulares, siete miembros adjuntos y un número indeterminado de miembros honorarios.

ARTICULO 72. El Gobernador dcl Departamento será el presidente nato de este Consejo.

ARTICULO 73. Tres de los miembros titulares serán médicos, uno farmacéutico y uno químico. Dc los miembros adjuntos, cinco serán médicos y dos farmacéuticos.

ARTICULO 74. Para obtener el cargo de miembro titular se requiere en los médicos, tener el título de profesor en medicina, en cirujía o en ambas facultades; ser bachiller en

filosofía o haber hecho su carrera en el Establecimiento de Ciencias Médicas del Departamento; haber cumplido treinta y cinco años de edad, y llevar diez años de ejercer legalmente su profesión, seis de los cuales serán precisamente en el Departamento. En el farmacéutico se requieren treinta años de edad y seis años de ejercer legalmente su profesión en el Departamento. En el químico se requieren treinta años de edad y seis años de haber sido aprobado en química.

ARTICULO 75. Para ser miembro adjunto se requieren las mismas calidades que para ser miembro titular.

ARTICULO 78. Son atribuciones de la junta de miembros titulares:

1a. Nombrar anualmente de entre los individuos de su seno un vice-presidente y un **secretario.**

2a. Nombrar los miembros adjuntos y los miembros honorarios con aprobación del Gobierno y Junta Departamental.

3a. Proponer al Gobierno y Junta Departamental tres profesores de los cuales dos serán precisamente miembros adjuntos, para que deba cubrir la vacante de algún miembro titular o en su renovación de cada ocho años.

4a. Vigilar que en el Departamento de México no ejerzan ramo alguno de las ciencias médicas, sino los profesores autorizados legalmente y que estos no falten en el ejercicio de su respeetiva faeultad a sus deberes legales.

Sa. Imponer las multas que en virtud de la ley del 21 de noviembre de 1831 podía imponer la Facultad Médica del Distrito Federal y Tcrritorios.

6a. Examinar los documentos de los que aspiren a la autorización para el ejercicio de dichos ramos y cuidar de que ninguno se reciba sin tener todos los requisitos que exigen las leyes.

7a. Rccibir a los profesores el juramento correspondiente,

8a. Expedir y registrar los diplomas respectivos, sin perjuicio del registro que debe hacerse en los Ayuntamientos.

9a. Demarcar las operaciones que se permita ejercer a los flebotomianos, dentistas y parteras.

l Oa, Formar y publicar anualmente la tarifa de medicamentos.

l l a. Nombrar cada año un visitador de Aduanas para los efectos prevenidos en la ley de 17 de julio de 1835.

12a. Cuidar de que los almacenistas no vendan sustancias medicinales sino a los farmacéuticos, y de que no vendan medicamentos fuera de las oficinas de farmacia.

13a. Visitar cada año en esta capital las boticas, almacenes, fábricas de drogas, y extraordinariamente siempre que lo juzgue conveniente, sin perjuicio de la facultad que da a los Ayuntamientos el artículo 138 de la ley de 20 de marzo de 1837.

14a. Cuidar de que los establecimientos de esta e1ase que haya en el Departamento sean igualmente visitados cada año por peritos y siempre que lo juzguen conveniente.

ISa. No permitir la venta de remedios secretos sin previo examen, aprobación y licen-**CIa.**

16a. Señalar la farmacopea que deba regir en el Departamento.

17a. Cuidar de la conservación y propaga-

ción de la vacuna en el mismo, de acuerdo con los Ayuntamientos.

I8a. Visitar los establecimientos de ensefianza médica, los hospitales, las cárceles y casas de beneficencia del Departamento y consultar las reformas que juzgaren necesarias a los Ayuntamientos y autoridades a quienes corresponda.

I9a. Formar el código sanitario.

20a. Proponer a la autoridad respectiva y Ayuntamientos todas las providencias de higiene pública que crea convenientes o nece**sarias.**

21a. Llamar a sus sesiones a los miembros adjuntos y a los miembros honorarios en caso de epidemia o cuando lo juzgare oportuno.

22a_ Proponer a la Junta Departamcntallas juntas subalternas de policía médica del Departamento.

23a. Formar el reglamento que ha de servir para el ejercicio de estas atribuciones, que sujetará a la aprobación del Gobierno y Junta Departamental.

24a. Dar el dictamen que debe preceder al registro de los títulos de los facultativos en los Ayuntamientos.

25a. Promover, por sí o excitada por las autoridades, todo lo concerniente a la policía sanitaria y reglas de salubridad.

27a. Fomentar el estudio de las facultades de su ramo.

28a_ Dar al Gobierno dictamen, en cualquier caso que lo exiga, sobre los objetos de sus ra**mos e institutos.**

Decreto del gobierno que seculariza los hospitales y establecimientos de beneficencia. 2 de febrero de 1861

"El Exrno. Sr. Presidente interino constitucional se ha servido dirigirme el decreto que sigue:

"El C. Benito Iuárez, Presidente interino constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes, hago saber:

"Que en uso de las facultades de que me hallo investido, he tenido a bien decretar lo siguiente:

"ARTICULO 1. Quedan secularizados todos los hospitales y establecimientos de beneficencia que hasta la fecha han administrado las autoridades o corporaciones eclesiásticas.

"ARTICULO 2. El gobierno de la Uriión se encarga del cuidado, dirección y mantenimiento de dichos establecimientos en el Distrito Federal, arreglando su administración como le parezca conveniente.

"ARTICULO 3. Las fincas, capitales y rentas de cualquier clase que les corresponden, les quedarán afectos de la misma manera que hoy lo están.

"ARTICULO 4. No se alterará respecto de dichos establecimientos nada de lo que esté dispuesto y se haya practicado legalmente sobre desamortización de sus fincas.

"ARTICULO 5. Los capitales que se reconozcan a los referidos establecimientos, ya sea sobre fincas de particulares, ya por fincas adjudicadas, seguirán reconociéndose, sin que haya obligación de redimirlos.

"ARTICULO 6. Si alguna persona quisiera **redimir voluntariamente los que reconozca,** no podrá hacerlo sino por conducto de los directores o encargados de los establecimientos, con aprobación del gobierno de la Unión y con la obligación de que los capitales así redi**midas se impongan a censo en otras fincas.**

"ARTICULO 7. Los establecimientos de esta especie que hay en los Estados, quedarán bajo la inspección de los gobiernos respectivos, y con entera sujeción a las prevenciones que contiene la presente ley".

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 73, fracción XVI. 5 de febrero de 1917

ARTICULO 73

El Congreso tiene facultad:

Fracción X VI

Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, **naturalización, colonización, emigración e** inmigración y salubridad general de la República:

lo. El Consejo de Salubridad General dependcrá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

20. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamcnto de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

30. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serún **obedecidas por las** autoridades administrativas del país.

40. Las medidas que el Consejo haya puesto **en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al** individuo y degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir **la contaminación ambiental, serán después** revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.

Consideraciones que fundan y motivan el Convenio de Coordinación de Servicios Sanitarios entre el Gobierno Federal y del Estado de Guanajuato dentro de los límites de esta entidad. 12 de diciembre de 1933

1. Las autoridades sanitarias federal y estatal compenetradas de la urgente necesidad de coordinar sus actividades en materia de higiene y de evitar la duplicación de servicios sanitarios y las fricciones que pudieran originarse a causa de esta duplicidad, desde el mes de octubre de 1932 coordinaron de hecho sus actividades en materia de salubridad pública, haciendo recaer el nombramiento de Delegado Sanitario Federal en el Estado de Guanajuato y de Director de Salubridad de esa entidad en la misma persona, realizando la articulación de los servicios con el firme propósito de extender los beneficios de la higiene pública de modo permanente a la población urbana y rural del Estado, sin excepción alguna y con tendencia a la especialización, adiestramiento y dedicación del personal de ambas autoridades, para obtener un servicio lo más eficiente posible.

11. El plan anterior se realizó definitivamcnte a partir del lo. de enero del corriente año, sin que se hubiera otorgado el convenio respectivo, en virtud de que ambas autoridades prefirieron que esto fuera la resultante de su experiencia y no el producto de una especulación teórica.

IIJ. El gobierno de Guanajuato procedió desde luego, a verificar un estudio dividiendo el Estado en 16 circunscripciones sanitarias integradas por uno o varios municipios y delimitadas teniendo en cuenta las enfermedades dominantes, los centros poblados de mayor importancia, la facilidad de comunicaciones entre los diversos municipios que integran una circunscripción y el volumen de recursos de que disponen esos mismos municipios. En cada circunscripción se eligió un poblado para atención permanente de higiene y lugar de residencia fijo de las autoridades sanitarias de la circunscripción.

IV. La oficina de coordinación entre la Federación y el Estado se estableció en la ciudad de Guanajuato, sostenida por aportacioncs de los gobiernos federal y del Estado y los centros de higiene de las circunscripciones,

en la cabecera de cada una de ellas, mediante la aportación de los gobiernos del Estado y Municipales.

V. El Departamento de Salubridad Pública continúa ejerciendo sus atribuciones de orientador técnico de todos los servicios sanitarios del Estado, y se conservó para la Federación, el Estado y los Municipios, el ejercicio de las atribuciones que a cada uno de ellos encomiendan las leyes de la materia.

VI. El sistema descrito constituye un adelanto de hecho en el sistema de servicios coordinados, que desde hace varios años se ha ensayado en otras entidades federativas, el cual por las condiciones especiales de su funcionamiento no ha logrado obtener que se hagan llegar los beneficios de la higiene pública a todos los rincones de un Estado.

VII. El Departamento de Salubridad Pública y la Dirección General de Salubridad del Estado de Guanajuato, consideran que el experimento verificado en materia de coordinación en esa entidad, dio los mejores resultados que podían esperarse de él; evitó de modo absoluto la reduplicación de servicios; se obtuvo una mejor distribución de los recursos destinados para actividades de higiene en los presupuestos federal, local y municipales, lográndose economías y un mejor aprovechamiento de dichas actividades y, sobre todas las cosas, se logró extender el beneficio del servicio social de protección a la salud al mayor número de personas posibles.

VIII. La Federación y el Estado, hecho el estudio correspondiente, encontraron que el sistema de coordinación no menoscaba sus **respectivas** soberanías, **por conservar cada uno** de ellos la plenitud de sus atribuciones ejecutivas y coercitivas y la de percibir los ingresos que a cada una de ellas corresponde, los que, por otra parte, se han acrecentado simultáneamente a la mejoría del servicio que se obtuvo mediante la suma de todas las actividades sanitarias del Estado, que antes se ejercían sin cohesión y provocaban constantes interferencias,

IX. Las autoridades federal y local están seguras por todo lo anterior, de que los servicios sanitarios coordinados seguirán mejorando las condiciones de higiene en que se encuentran los habitantes del Estado, harán ascender el coeficiente de salud de éstos, disminuirán **sus índices de mortalidad, aumentarán sus** capacidades de trabajo y de protección; con lo que se realizará en México el ideal revolucionario de la redención sanitaria del pueblo, consignado en la carta magna de 1917, impulsado vigorosamente durante la presidencia del General Plutarco Elías Calles, al expedirse el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, ejecutado siguiendo los lineamientos más modernos sobre la materia durante la presidencia del General Abelardo L. Rodríguez, y comprendido por último, como problema de resolución preferente en el Plan Sexenal aprobado en el seno de la Segunda Convención del Partido Nacional Revolucionario.

CONVENIO PARA LA COORDINACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS FEDERAL Y LOCAL DEL ESTADO DE GUANAJUATO

El Departamento de Salubridad Pública, como autoridad sanitaria federal de la República, y el Gobierno del Estado de Guanajuato. en el

ejercicio de la acción sanitaria encomendada a los gobiernos de los Estados, dentro de su jurisdicción, han convenido en coordinar sus servicios de acuerdo con las estipulaciones siguientes:

CLAUSULA PRIMERA. El C. Médico Cirujano Manuel F. Madrazo con su carácter de Jefe del Departamento de Salubridad PÚblica de los Estados Unidos Mexicanos, y el C. Melchor Ortega en el suyo de Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Guanajuato, convienen en unificar y coordinar los servicios sanitarios federal y local en el mismo Estado, que corresponden a las dos autoridades contratantes, en su respectiva esfera de acción.

CLAUSULA SEGUNDA. El plazo del presente convenio comenzará a contarse desde el primero de enero de mil novecientos treinta y cuatro, para expirar el día treinta y uno de diciembre del año de mil novecientos cuarenta, siendo el plazo prorrogable automática e indefinidamente si durante el último semestre de su vigencia ninguna de las autoridades cooperantes manifiesta a la otra su deseo de darlo por concluido.

CLAUSULA TERCERA. Los puestos de Delegado Sanitano Federal en el Estado de Guanajuato y de Director General de Salubridad en ese Estado, serán desempeñados por la misma persona, que será nombrada por el Departamcnto de Salubridad Pública. Este empleado será el jefe de los servicios coordinados y sus emolumentos scrán cobrados del fondo común producto de la cooperación dc ambas autoridades.

El Gobierno del Estado extenderá los nomobramientos de los demás empleados de esos servicios, haciéndolos recaer en las personas que proponga el Departamento de Salubridad Pública.

Las remociones de personal se harán, en el primer caso, por el Departamento de Salubridad Pública, y en el segundo por el Gobierno del Estado, a propuesta de la autoridad sanitaria federal, y en todos, sólo si hubiere causa justificada a juicio de ésta.

CLAUSULA CUARTA. El Departamento de Salubridad Pública cooperará al establecímiento de la oficina de servicios coordinados con una cantidad mínima de $60,000.00 (SESENTA MIL PESOS) anuales, integrada por el sueldo del Delegado Sanitario Federal del Estado de Guanajuato, por $12,000.00 (DOCE MIL PESOS) destinados a la campaña de higiene infantil en el propio Estado y el resto hasta completar la cantidad de $60,000.00 (SESENTA MIL PESOS) que se entregará en calidad de subsidio al jefe de los servicios coordinados. Las sumas indicadas se tomarán de las partidas correspondientes del Presupuesto de Egresos.

La autoridad federal cooperará también con la dirección técnica necesaria y la totalidad del material de propaganda y productos biológicos que fueren necesarios en dicha oficina, en especial linfa vacunal antivariolosa y vacuna antirrábica suficientes para las exigeneias de todos y cada uno de los municipios del Estado: los medicamentos en general para los dispensarios antivenéreos, antituberculosos y antileprosos establecidos o que se establezcan: los equipos de refrigeración para conservar debidamente los productos biológicos en las oficinas sanitarias, así como los muebles,

aparatos científicos y demás implementos existentes en la actualidad y que en lo sucesivo se enviaren y que figuren en los inventarios respectivos que continuarán siendo propiedad de la Federación. Los muebles, útiles necesarios, productos biológicos, medicinas, etcétera, se suministrarán al Gobierno de Guanajuato de acuerdo con el equilibrio de distribución en la República para esos bienes, que se establezca por el Departamento.

CLAUSULA QUINTA. El Gobierno del Estado de Guanajuato cooperará al sostenimiento de los servicios coordinados con la cantidad mínima de $69,106.32 (SESENTA Y NUEVE MIL CIENTO SEIS PESOS TREINTA Y DOS CENTAVOS) que será entregada por quincenas vencidas de $2,879.43 (DOS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS CUARENTA Y TRES CENTAVOS) al jefe de los servicios coordinados, para que éste prevea a su aplicación. El Gobierno del Estado cooperará también con todos los muebles, aparatos científicos, útiles y demás implementos existentes en la actualidad en las diversas oficinas sanitarias del Estado, y los que con posterioridad se destinaren a ese objeto y que figuren en los inventarios respectivos. La falta prolongada, a juicio de la Federación, en la entrega de las quincenas a que se refiere esta cláusula, da derecho al Departamento de Salubridad para rescindir el convenio, retirando su aportación y destinándola para el objeto debido, de acuerdo con sus respectivos presupuestos.

El Gobierno del Estado se obliga a acondicionar debidamente por su cuenta, en un plazo razonable, todas las salas de maternidad de los hospitales civiles de los municipios de la entidad, a fin de complementar la acción de higiene infantil que compete al Departamento.

CLAUSULA SEXTA. El jefe de los servicios coordinados elaborará cada año los presupuestos para el año inmediato siguiente, teniendo en cuenta las cantidades que los cooperantes destinen para los servicios coordinados. Dicho empleado entregará los presupuestos concluidos a las autoridades cooperantes antes del primero de octubre de cada año y éstas se lo devolverán con su aprobación antes del primero de noviembre del propio año.

El ejercicio de los presupuestos se vigilará, en su parte federal, por la Oficina Federal de Hacienda respectiva, y en su aspecto local por el empleado que designe el C. Gobernador del Estado de Guanajuato.

CLAUSULA SEPTIMA. Las autoridades contratantes podrán fundar unidades sanitarias cooperativas con la cooperación directa de los Ayuntamientos o de particulares, en los lugares en que las estimaren necesarias.

CLAUSULA OCTAVA. Las autoridades cooperantes convienen en dividir el Estado de Guanajuato en diez y seis circunscripciones sanitarias integradas por uno o varios Municipios agrupados, y en establecer en la cabecera de cada circunscripción un centro de higiene subordinado a los servicios sanitarios federal y local coordinados, en los términos del presente convenio. El número de circunscripciones podrá aumentarse o disminuirse, en cualquier tiempo, a juicio de las autoridades cooperantes.

CLAUSULA NOVENA. Los centros de higiene serán sostenidos por los Ayuntamientos respectivos, mediante subsidios que figuren

en sus presupuestos y que deberán entregar al Gobierno del Estado por obligación contractual o legal. Si esas partidas no fueren suficientes para el sostenimiento de los centros de higiene, las autoridades cooperantes tomarán de su presupuesto común las sumas necesarias para completarlas. Si en cualquier tiempo aumentaren los subsidios municipales que el Gobierno del Estado recibe actualmente, el propio Gobierno acrecentará su aportación en dinero a que se refiere la cláusula quinta, en una suma igual al aumento que hubiere obtenido.

CLAUSULA DECIMA. Las circunscripciones a que se refiere la cláusula séptima quedan integradas, por ahora, del modo siguiente:

Circunscripción	*Centros de Higiene*	*Municipios que la forman*
1	Ciudad González	Ciudad González y Ocampo
2	León	León
3	Sn. Francisco del Rincón	Sn. Francisco del Rincón, Purísima del Rincón y Ciudad Manuel Doblado
4	Pénjamo	Pénjamo y Abasolo
5	Dolores Hidalgo	Dolores Hidalgo y San Diego de la Unión
6	Guanajuato	Guanajuato
7	Silao	Silao y Romita
8	Irapuato	Irapuato, Cuerámaro y Huanímaro
9	Salamanca	Salamanca y Pueblo Nuevo
10	Valle de Santiago	Valle de Santiago y Jaral del Progreso
11	Moroleón	Moroleón, Yuriria y Uriangato
12	San Luis de la paz	San Luis de la Paz, Xichú, Victoria, Atarjea, Sta. Catarina y Tierra Blanca
13	San Miguel Allende	San Miguel Allende y Ciudad Alvaro Obregón
14	Celaya	Celaya, Cortazar, Sta. Cruz, Comonfort y Apaseo
15	Salvatierra	Salvatierra, Santiago, Maravatio y Tarimoro
16	Acámbaro	Acámbaro, Jerécuaro, Coroneo y Tnrandáeuaro

CLAUSULA UNDECIMA. El C. Jefe del Departamento de Salubridad Pública, como autoridad sanitaria federal, en todo tiempo orientará y vigilará por conducto de sus visitadores y representantes especiales, el funcionamiento técnico y administrativo de los servicios coordinados.

CLAUSULA DUODECIMA. Las autoridades federal y local quedan obligadas a dictar o a gestionar de quien corresponda, la expedición de reglamentos y disposiciones necesarios para la mejor atención de los servicios de salubridad e higiene en el Estado de Guanajuato y a colaborar con todos los elementos que estén a su alcance.

CLAUSULA DECIMATERCERA. Los in-

gresos por concepto de impuestos y derechos **sanitarios o sanciones pecuniarias y todos los** procedimientos de ejecución que fueren necesarios, corresponderán a la autoridad cuya ley deba aplicarse para exigirlos o en cuya ley deban fundarse.

CLAUSULA DECIMACUARTA. En caso de disolución de los servicios coordinados, ya sea por rescisión o expiración del plazo fijado para su duración, los muebles, útiles, etcétera, serán repartidos proporcionalmente entre los cooperantes de acuerdo con el porcentaje que les corresponda en el presupuesto común. Los muebles y demás implementos pertenecientes a cada una de las autoridades asociadas y que figuren en los inventarios correspondientes, qucdarán a disposición de la **oficina respectiva.**

Este convenio se extiende por cuadruplicado en la Ciudad de León, Guanajuato, a los doce días del mes de diciembre del año de mil novecientos treinta y tres, siendo entregado un ejemplar al C. Gobernador del Estado y los restantes al C. Jefe del Departamento de Salubridad Pública.

El Gobernador Constitucional del Estado L. y S. de Guanajuato, Melchor Ortega, rúhrica; el Jefe del Departamento de Salubridad Pública de los Estados Unidos Mexicanos, Dr. Manuel F. Madrazo, rúbrica; el Secretario General del Gobierno, Lic. Ramón V. Santoyo, rúbrica.

Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República"

CONSIDERANDO

Que es de gran urgencia coordinar los servicios sanitarios federales y locales, desde un punto de vista técnico-sanitario, dentro de los preceptos de una ley dada, con el fin de proporcionar una base firme a la coordinación y con la tendencia de evitar invasiones de las autoridades citadas en sus respectivos campos de acción y de obtener el mejoramiento del servicio público de salubridad, que no sufrirá así las consecuencias de la falta de armonía en las disposiciones de las mismas autoridades y que se hará extensivo a las regiones apartadas de dichas entidades adonde, por falta de coordinación, no ha llegado hasta ahora una acción sanitaria constante;

Que las medidas sobre coordinación de los servicios sanitarios constituyen reglas de administración sanitaria general de la República, las que están claramente comprendidas entre las leyes dc salubridad gencral de la misma, a que se refiere la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución;

Que en los términos de los artículos lo. y 25, fracción Il, del Código Civil vigente, tienen personalidad moral las corporaciones de carácter público reconocidas por la ley, he tenido a bien dictar la siguiente:

LEY DE COORDINACION
Y COOPERACION DE SERVICIOS
SANITARIOS EN LA REPUBLICA

ARTICULO lo. Se declara de interés público para la salubridad general de la República la unificación, coordinación y cooperación en materia de servicios sanitarios, en lo que pueda afectar a la Federación.

ARTICULO 20. Sc faculta al jefe delDepartamento de Salubridad Pública para celebrar convenios, a nombre de la Federación, con los Gobiernos de las entidades de la República; con los Ayuntamientos, salvo lo que dispon-

"Diario Oficial de la Federación de 2S de agosto de 1934.

gan las leyes locales; con particulares, sociedades nacionales y extranjeras, etcétera, a fin de obtener la unificación, coordinación y cooperación en materia de servicios sanitarios, en los términos de la presente ley.

ARTICULO 70. La coordinación de servicios entre las autoridades federal, local y municipal tiene por objeto:

1. La aplicación de una política sanitaria general en la República;
JI.La observancia de principios técnicos uniformes en la actividades federales, locales y municipales de la misma;
111. La unificación de los procedimientos que seguirán las autoridades sanitarias en toda la Nación, y
1V. La consecución de las finalidades sanitarias que requiera el bien público, a juicio del Consejo de Salubridad General y del Departamento de Salubridad Pública, dentro de sus respectivas atribuciones.

ARTICULO 80. Para el logro de la finalidad mencionada en el artículo anterior, se establecerán en los términos de esta ley los "servicios sanitarios coordinados", que serán la resultante de la fusión y concurrencia del personal sanitario de las autoridades asociadas. Los "servicios sanitarios coordinados" tendrán personalidad jurídica únicamente para contratar y obligarse.

ARTICULO 17_ El Jefe del Departamento de Salubridad podrá celebrar convenios especiales con los Ayuntamientos directamente, interviniendo o no los Gobiernos de los Estados y con personas físicas o morales, a efecto de unificar los servicios sanitarios de un municipio o zona determinada, mediante el establecimiento de Unidades Sanitarias Cooperativas, Municipales o Rurales.

Dichos convenios especiales se ajustarán en lo general a los preceptos de este Capítulo y al Convenio de Cooperación que rija en el Estado.

ARTICULO 18. Los convenios contendrán la obligación para ambas partes de hacer ineludible la aplicación de sus estipulaciones y, en consecuencia, de dictar, reformar o derogar las leyes, los reglamentos y las disposiciones sanitarias para la mejor atención de los servicios coordinados y para la aplicación del propio convenio.

ARTICULO 21. Cuando una persona o corporación desee cooperar con el Estado para fines higiénicos, firmará con el Jefe del Departamento de Salubridad Pública un convenio sobre la forma en que prestará esa cooperación.

ARTICULO 22. Se aceptarán cooperantes individuales que aporten conocimientos técnicos sin aportar bienes, sujetos a la reglamentación que al efecto dicte el Departamento de Salubridad Pública.

Iniciativa de Ley del C. Presidente de la República por la que se reforma y adiciona la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando la Secretaría de la Asistencia Pública"

CC. Secretarios de la H. Cámara de Senadores

Tengo el honor de presentar a la consideración de esa H. Cámara la presente iniciativa de Ley, para la creación de una Secretaría de la Asistencia Pública; permitiéndome rogar a ustedes tengan a bien dar cuenta con ella, a fin de que estudiada debidamente se eleve a la aprobación del H. Congreso de la Unión.

La iniciativa que formulo obedece a imperativos de organización que el Gobierno considera inaplazable; y tiene sus fundamentos jurídicos en las razones que me permito expresar a continuación.

Atenta la evolución de las instituciones políticas, el Estado mexicano reconoce que debe modificarse el concepto de "beneficencia" por el de ‘‘asistencia pública’’, tanto más cuanto que los servicios que demandan los individuos socialmente débiles deben tender a su desarrollo integral. sin limitarse a satisfacer exclusivamente sus necesidades de subsistencia o de tratamiento médico, sino esforzándose por hacer de ellos factores útiles a la colectividad en bien de los intereses generales del país.

Reconocida por cl Estado la obligatoriedad de la función de la asisteneia pública, precisa crear un órgano dependiente directamente del Ejecutivo para que, dentro de las normas de política general demarcadas por éste y con la cooperación y ayuda de las demás dependencias del Estado, puedan ampliarse a todo el país mediante servicios coordinados con los Gobiernos de las entidades federativas; de esta suerte ha parecido necesario crear la Secretaría de la Asistencia Pública eon la estructura que se le asigna.

La Secretaría de la Asistencia Pública deberá organizarse en forma que le permita, al mismo tiempo que utilizar las cantidades que el erario federal le asigne, disfrutar de los productos de la benefieencia pública y coordi-

"Diario de los Debates de la Cámara de Senadores de 14 de diciembre de 1937.

nar los de las privadas, sin que por ello se confundan o desaparezcan los patrimonios respectivos; asumiendo para el más eficaz control de las actividades relativas las facultades que sobre la materia señala la legislación vigente a las Secretarías de Hacienda y Gobernación, y al Departamento del Distrito Federal.

Creada la Secretaría de la Asistencia Pública deberá ocuparse de organizar y coordinar los servicios prestados por las instituciones o establecimientos de esta índole, ya pertenezcan a las beneficencias públicas o privadas, las cuales deberán regirse por las mismas normas generales.

Decreto por el que se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia*

Considerando que la primera misión del Estado consiste en proteger a sus ciudadanos contra los males que pueden lesionar y aun destruir su existencia;

Considerando que para el cumplimiento de tan importante cometido, la administración pública cuenta con diversos servicios organizados de asistencia pública y de protección sanitaria, que constituyen con otros de distinta naturaleza la amplia catcgoría de la defensa social del individuo;

Considerando que la organización administrativa de estos servicios, tal como viene establecida en épocas de normalidad, resiente eficiencias varias de carácter orgánico cuando con ella se pretende afrontar apremiantes necesidades surgidas en períodos de emergenciacomo el presente;

Considerando, esto asentado, que en la actualidad se hace indispensable introducir determinadas reformas en dichos servicios, si han de mantenerse con eficiencia las instituciones fundamentales a ellos correspondientes, especialmente lo que se refiere a su posible coordinación y a la unidad. de su alta política;

Considerando que el artículo 40. del decreto de lo. de junio de 1942, faculta al Ejecutivo para imponer en los distintos ramos administrativos todas las modificaciones que fueren indispensables para el mantenimiento de nuestras instituciones fundamentales, entre las qlle "se incluyen, sin duda, las que sirven a la defensa social de los habitantes de la.república,

Considerando, por último, que la fusión en una Secretaría de las funciones de la de Asistencia Pública y del Departamento de Salubridad Pública, al reducir los altos cargos, implica una disminución de gastos administrativos en beneficio de los servicios sociales correspondientes .

DECRETO

ARTICULO lo. Se erea la Secretaría de Salu-

"Diario Oficial de la Federación de 16 de octubre de 1943.

bridad y Asistencia, en la que se fusionan la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública, dependencias estas dos que se extinguen.

ARTICULO 20. Corresponden a dicha Secretaría de Salubridad y Asistencia todas las atribuciones que los artículos 10 y 13 de la vigente Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, conceden respectivamente a la Secretaría de Asistencia Pública y al Departamento de Salubridad Pública, así como las demás que expresamente les hubieren conferido otras leyes.

ARTICULO 30. La Secretaría de Salubridad y Asistencia procederá, desde luego, a disponer lo necesario para transferir a ella los servicios respectivos de la Secretaría de Asístencia Pública y del Departamento de Salubridad Pública, acoplar el personal correspondiente de cada una de estas dependencias a la nueva entidad administrativa y establecer su reglamento orgánico.

ARTICULO 40. Quedan transferidas las asignaciones presupuestales y demás capítulos o partidas de la Secretaría de Asistencia Pública y del Departamento de Salubridad Pública a la Secretaría de Salubridad 'y Asistencia, debiendo realizar la Secretaría de Hacienda todas las operaciones que sean neceo sarias para dar cumplimiento inmediato a lo prevenido en este precepto y a todas sus consecuencias en el orden fiscal o presupuestario.

Decreto que crea una Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social*

CONSIDERANDO

1. Que las actividades que realizan las Secretarías y Departamentos de Estado, los organismos descentralizados y las empresas propiedad del Gobierno Federal, en materia de salud pública, asistencia y seguridad social, deben coordinarse con el propósito de evitar innecesarias duplicaciones en el ejercicio de sus atribuciones;

2. Que la unidad de acción y de pensamiento, en la coordinación entre las diversas dependencias, constituye dentro de nuestro sistema de gobierno la forma de servir más eficientemente al pueblo, aprovechando íntegramente los recursos disponibles;

3. Que los recursos destinados por el sector público a las actividades sanitarias, asistenciales y de seguridad social deben aprovecharse plenamente y que la correcta planeación de esas actividades significará una importante economía en la inversión y administración de esos recursos, he tenido a bien dictar el siguiente

DECRETO

1. Se crea una Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social;

11. La Comisión estará integrada por nueve miembros: tres nombrados por el C. Secretario de Salubridad y Asistencia, tres por el Instituto Mexicano del Seguro Social y tres por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, haciéndose la designación de estos dos últimos grupos de acuerdo con las leyes que rigen a cada uno de los organismos descentralizados mencionados;

111. La Comisión estará presidida por uno de los representantes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia;

IV. La Comisión estudiará las necesidades nacionales en materia de salud pública, asis-

*Diario Oficial de la Federación de 6 de agosto de 1965.

tencia' y seguridad social y planeará las actividades a realizar en estos ramos por el sector público federal, pudiendo proponer a los integrantes de éste la coordinación y subrogación de servicios prestándoles la asesoría que solleitanr

V. Las resoluciones de la Comisión tendrán el carácter de recomendaciones, pudiendo hacerlas también del conocimiento de las autoridades estatales y municipales;

VI. La Comisión formulará y expedirá su reglamento interior y de condiciones generales de trabajo dentro de los noventa días siguientes a la publicación de este Decreto;

VII. La Secretaría de Hacienda en cumplimiento del presente Decreto, dictará las disposiciones necesarias para que la Comisión disponga de los fondos suficientes para el desempeño de sus funciones, considerando el presupuesto formulado por la Comisión y aprobado por la dependencia y organismos **antes mencionados, y tomará en cuenta las** necesidades de la Comisión al elaborar los presupuestos subsiguientes.

Exposición de motivos del Octavo Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*

Por instrucciones del C. Presidente de la República y para los efectos constitucionales, con e! presente les envío Iniciativa de Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos; documento que e! titular del Ejecutivo de la Unión somete a la consideración del H. Congreso de la Unión por el digno conducto de ustedes.

El cambio permanente constituye la esencia de nuestro proceso político y encuentra en la acción legislativa su presupuesto fundamental. El Código Sanitario vigente ha sido la base de importantes realizaciones. Sin embargo, la transformación de gran parte de los fenómenos implicados con la salud pública hace necesaria, a juicio de! Poder Ejecutivo a mi cargo, la expedición de una nueva legislación que dote a los órganos encargados de la administración de suficientes elementos para que el derecho a la salud se realice plenamente.

Para encauzar debidamente una programación a corto, mediano y largo plazo, es necesario contar con bases legales adecuadas, tanto a nivel legislativo como a nivel reglamentario, que respondan a criterios actuales y que reflejen, formalmente, los progresos de la ciencia y de la técnica en su propio campo. Es por ello que en materia de salud pública, debemos preocuparnos por reestructurar y modernizar las normas jurídicas que la rigen y por destacar en ellas que el interés colectivo prevalece sobre cualquier interés particular o de grupo.

El ámbito en materia de salubridad general es tan amplio que su atención supone la acción solidaria del Estado y de los distintos sectores de la población. La iniciativa que me he permitido remitir a esa representación contiene numerosas disposiciones, que tienden a promover la coordinación de esfuerzos; se quierc crear conciencia de que los problemas de salud pública sólo podrán resolverse plenamente con la participación activa del Estado y de toda la población; los trabajadores inte-

***Diario de los Debates de la Cámara de Diputados de 13 de febrero de 1973.**

lectuales y manuales, los ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios, los estudiantes y los componentes del sector empresarial, deben interesarse en las cuestiones de salubridad general y comprender lo que para México representa su correcto planteamiento y solución.

Consecuente con lo anterior, se ha estimado necesario promover, a través de la iniciativa, la vigencia en todo el territorio nacional de las normas que integrarán el Código. La salubridad general es aquella que se relaciona con los problemas y situaciones sanitarias que se presentan en el ámbito nacional e incluso con la participación del país en programas internacionales. La salubridad general es federal por excelencia y las disposiciones legales que la rigen no deben estar limitadas en su aplicación a una o varias entidades federativas. Esto no significa que se desconozca la necesidad de ponderar los factores demográficos, sociales y económicos que influyen en el grado de desarrollo de las diversas regiones del país y que hacen necesario modelar la aplicación de la Ley para lograr que esa aplicación sea equitativa y realista. Para ese efecto, en **muchas ocasiones se establecen normas de** carácter general que, señalando un cauce legal determinado, dejan, sin embargo, a la posterior actividad reglamentaria y administrativa la **tarea de adecuarlas satisfactoriamente.**

El ejercicio de las disciplinas y la prestación de los servicios para la salud no puede regirse solamente por criterios individualistas. Se considera como objetivo importante lograr' que aquellos servicios cubran la mayor extensión posible del territorio nacional y que se encuentren al alcance de toda la población. La labor asistencial es un medio de la mayor importancia para conseguir ese resultado, ya que a pesar de la considerable ampliación de la seguridad social, varios millones de personas **con insuficientes recursos económicos deben recibir atención médica y otros servicios rela**cionados también con la salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de los organismos asistenciales públicos y privados. Para este efecto, es necesario pugnar por el incremento del número de profesionales, **técnicos y auxiliares en ese campo, así como** por mantener los medicamentos y aparatos **médicos en precios razonables. También es** indispensable promover una mejor distribución territorial del personal médico y paramédico. En esta tarea, las disposiciones del Código **no deberán ser obstáculos, sino al contrario** un cauce legal para lograr esos propósitos.

Decreto de reformas y adiciones a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*

U.ASAMBLEA

A las Comisiones Unidas que suscriben fue turnada para su estudio y dictamen la Iniciativa de Decreto de reformas y adiciones a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que en uso de sus atribuciones envió a esta Cámara el Ejecutivo de la Unión.

El objetivo esencial que se desprende del análisis de la iniciativa es el de establecer las bases para hacer factible la modernización de la administración pública federal, el establecímiento de fórmulas de coordinación de acciones, de redistribución de responsabilidades y de sistemas de supervisión y control, así como dotarla del elemento humano que le permita hacer frente, con capacidad y decisión, a los problemas del país de acuerdo a las prioridades del programa de gobierno definidas previamente.

La iniciativa se orienta a fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en materia de salubridad general, servicios médicos y asistencia social, para sentar las bases de un sistema nacional sobre la materia.

Para consolidar el proceso de sectorización de las entidades paraestatales se otorga una mayor capacidad de coordinación a las Secretarías de Estado y Departamentos Administrativos, para organizar mejor a las entidades paraestatales que les correspondan.

En su conjunto, las reformas propuestas en la iniciativa satisfacen debidamente los principios rectores de renovación moral de la sociedad, descentralización de la vida pública nacional y democratización integral, dotando al Estado de una administración pública con una estructura racional y eficiente, con instrumentos modernos y con sistemas de planeación, ejecución y fiscalización que responden a los más altos fines políticos de la nación, establecidos como programa de gobierno por el titular del Ejecutivo Federal.

"Dictamen de primera lectura. Diario de Jos Debates de la Cámara de Senadores de 14 de diciembre de 1982.

Seguridad Social

,Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Articulo 123, fracciones 11, V, XIV Y XXIX. 5 de febrero de 1917

ARTICULO 123

Fracción 11

La jornada máxima de trabajo nocturno será de siete horas. Quedan prohibidas: las labores insalubres o peligrosas, el trabajo nocturno industrial y todo otro trabajo después de las' diez de la noche, de los menores de dieciséis años.

Fracción V

Las mujeres durante los tres meses anteriores al parto no desempeñarán trabajos físicos que exijan esfuerzo material considerable. En el mes siguiente al parto disfrutarán forzosamente de descanso, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por su contrato. En el período de la lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para amamantar a sus hijos.

Fracción XIV

Los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales de los trabajadores sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patrones deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia, la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aun en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario.

Fracción XXIX

Se consideran de utilidad social: el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos; por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado deberán fomentar la organización de Instituciones de esta índole para infundir e inculcar la previsión popular.

Ley General de Pensiones Civiles de Retiro. 12 de agosto de 1925

CAPITULO I

Disposiciones Preliminares

ARTICULO 1. Los funcionarios y empleados de la Federación y del Distrito y Territorios Federales tienen derecho, en los términos de esta ley, a pensiones de retiro cuando lleguen a la edad de sesenta años cumplidos o se inhabiliten para el servicio, si en uno u otro caso han servido por un tiempo igual o superior al que como mínimo determina esta ley.

El retiro forzoso con goce de pensión se ajustará a lo prevenido en los artículos 8 a 10.

ARTICULO 2. Las pensiones pasarán a los deudos del pensionista, cuando éste fallezca, en los términos que se determinan en los artículos 24, 33 y 34 de la presente ley.

ARTICULO 3. Tienen derecho a los beneficios de esta ley todos los encargados de un servicio público que no sea militar, incluyendo los de carácter docente y cuyos cargos y remuneraciones estén enumerados en las leyes orgánicas del respectivo servicio o en el Presupuesto de Egresos, o que en virtud de disposición legal sean pagados con cargo al erario federal o al del Distrito o territorio respectivo, con excepción de los siguientcs:

I. Los diputados y senadores;
II. Los que sirvan mediante contrato;
III. Los que tengan como remuneración honorarios o comisión proporcionales al trabajo desempeñado o a los resultados obtenidos.

Los que presten sus servicios en calidad de artesanos u operarios o que formcn parte de la servidumbre, se considerarán comprendidos en las disposiciones de esta ley, si se les expide despacho o nombramiento mediante el cual acrediten que sus servicios tienen el carácter de permanentes.

Exposición de motivos de la reforma constitucional de los artículos 73, fracción X, y del preámbulo del artículo 123'''

La Constitución de 1917 cristalizó los ideales socialistas de la Revolución Mexicana en sus postulados fundamentales: los artículos 27 y 123. Tuvo el legislador constituyente una ciara visión de nuestra vida económica cuando estableció en el artículo 11 transitorio de la Constitución General, que en tanto que el Congreso de la Unión y los de los Estados legislaban sobre los problemas agrario y obrero, las bases establecidas por la propia Constitución para dichas leyes se pondrían desde luego en vigor en toda la República.

Pero el Constituyente de 1917 no tuvo una visión completa de conjunto ni se dio cuenta perfecta de la necesaria unidad económica de la República, al considerar que las leyes obreras secundarias podrían producir benéficos resultados con sólo sujetarlas a las bases generales que él estableció.

Por circunstancias especiales conocidas de todos, sólo algunos Estados de la República han expedido leyes del trabajo y éstas tan desemejantes, disímbolas y a veces contradictorias, que por sí solas harían imposible, por la natural concurrencia económica, el desarrollo integral y armónico de la industria nacional.

Si se considera, además, que un número considerable de industrias por su propia naturaleza afectan a la economía general del país, tales como las de transportes terrestres y marítimos, las mineras y las de hidrocarburos, y que deben estar sujetas a las mismas normas económicas y legislativas de producción, no sc concibe que pudiera existir para ellas tantas leyes del trabajo como Estados tiene la República.

Por lo que se refiere a las industrias consideradas como locales, por no afectar como las otras de una manera absoluta a la economía general del país, es también perjudicial sin duda colocarlas bajo diversos estatutos o legislaciones, porque la industria huiría de los Estados de normas legislativas más estrictas hacia aquellos en que estas normas lo fuesen

***Diario** de **los Debates de la Cámara de Diputados de 25 de** julio de 1929.

menos, estableciéndose así una diferencia económica y política entre ellos de consecuencias perjudiciales para la nación.

En todos los Estados de la República y proviniendo de los factores esenciales de la producción, capital, trabajo y consumidor, se han **presentado frecuentemente, ya en convenciones mixtas, iniciativas en las que se pide de** todas las autoridades de la República su colaboración para que se expida un Código del Trabajo reglamentario del artículo 123 constitucional que rija en todo el país.

Se ha sentido tanto esta necesidad, sobre todo en lo que se refiere a las industrias que afectan la economía general del país, que el Gobierno Federal se vio precisado a establecer Juntas Federales de Conciliación y Arbitraje. para procurar sujetar a una sola regla las dificultades que en materia de trabajo se presentaban en esas industrias en distintos Estados de la República.

El ejecutivo no cree, sin embargo, que sea necesaria una federalización absoluta de la materia del trabajo, sino que sólo debe ser la federalización completa en lo que afecta a las industrias de índole general de que ya se ha hablado y juzga que, si bien respecto a las industrias locales deben regir las mismas normas de legislación, deberá dejarse su aplicación a los gobiernos de los Estados, con respecto a su soberanía, en los términos que determine la ley reglamentaria.

Por todas estas consideraciones y con fundamento en los artículos 71, fracción 1, y 135 de la Constitución General de la República, vengo a proponer la reforma constitucional del artículo 73, fracción X, y del preámbulo del artículo 123 que quedarán en los siguientes términos:

ARTICULO 73. El Congreso tiene facultad, fracción X, para legislar en toda la República **sobre minería, comercio, instituciones de** crédito, para establecer el Banco de Emisión Unico en los términos del artículo 28 de esta Constitución y para expedir las leyes del trabajo reglamentarias del artículo 123 de la propia Constitución.

ARTICULO 123. Modificación del preámbulo del artículo, como sigue: El Congreso de la Unión deberá expedir leyes sobre el trabajo, sin contravenir a las bases siguientes, que regirán el trabajo de los obreros, empleados, domésticos y artesanos y, de una manera general, todo contrato de trabajo.

Ley por la cual se reforman los artículos 73 y 123 de la Constitución General de la República. 31 de agosto de 1929

Emilio Portes Gil, Presidente Provisional de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes, sabed:

Que el H. Congreso dc la Unión se ha servido dirigirme la siguiente

LEY

El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que le concede el artículo 135 de la Constitución y pn-via la aprobación de la mayoría de las legislaturas en los Estados, decreta:

ARTICULO UNICO. Se der-larun reformados los artículos 73, fracción X: el prcámhulo y la fracción XXIX del artú-ulo 123 de la Constitución, en los términos siguientes:

ARTICULO 73. El Congreso tiene facultad:

Fracción X. Para legislar en toda la República sobre minería, comercio e instituciones dc crédito; para establecer el Banco de Emisión Unico en los términos del artículo 28 de esta Constitución y para expedir las leyes del trabajo reglamentarias del artículo 123 dc la propia Constitución. La aplicación de las leyes del trabajo correspondc a las autoridades de los Estados en sus respectivas jurisrlicciones, excepto cuando se trate de asuntos relativos a ferrocarriles *Ji* demás empresas del transporte amparadas por concesión federal ; minería e hidrocarburos: y, por último, los trabajos ejecutados en el mar y en las zonas murftirnu- en la forma y términos que fijan las disposiciones reglamentarias.

ARTICULO 123. El Congreso de la Unión, -iu contravenir a las bases siguientes, deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán «ntr« los obreros, jornaleros, empleados, domésticos y artesanos y, de una manera general, sobre todo contrato de trabajo.

Fracción XXIX. Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprendcrá seguros de la invalidez, de vida, de cesación involuntaria, de enfcrmedades y accidentes y otros de fines análogos.

Exposici6n de motivos de la Ley del Seguro Social de 1942

Para todo el mundo es evidente **la** obligación que tiene el Estado de vigilar la salubridad y **la** higiene en el país. Esa misma obligación existe para proteger la salud y la vida de los individuos que no cuentan con recursos para resguardarlas por sí mismos ni tienen la prcparación suficiente para prevenir las contingencias del futuro, Esta vigilancia y esta protección se realizan por medio del Seguro Social y deben abarcar, en forma perdurable. a la mayor cantidad posible de personas.

La implantación del Seguro Social repre**senta una** cuestión **de primera importancia en** México, pues el colocar al obrero en posibilidad, mediante tal sistema, de recibir diversos servicios y prestaciones en los casos de enfermedades, de vejez, de invalidez y de los demás riesgos que por ley natural amenazan al hombre, se les capacita para adquirir alimentos sanos o más abundantes, para alojarse en viviendas cómodas e higiénicas y para educarse física e intelectualmente.

Por cuanto a riesgos profesionales, la Ley Federal del Trabajo da a los trabajadores dere**cho a asistencia** médica, **administración de** medicamentos y materiales de curación y a **una indemnización.**

En el sistema del Seguro Social, la indemnización se paga por pensiones periódicas que mantienen a los beneficiarios permanentemen**te en situación de subvenir a sus necesidades** económicas primordiales. Un trabajador asegurado está a cubierto y mantiene protegidos a los suyos dc las consecuencias de un descenso o de una falta total de su salario.

Otro de los problemas de trascendental interés nacional que será atacado por el sistema del Seguro Social, cs el de la mortalidad del pueblo mexicano.

Hasta la fecha no existe un sistema organizado para proteger a los trabajadores frente a las enfermedades no profesionales, por lo que resulta evidente que el Seguro Social, al brindar esa protección, habrá de contribuir a resolver una de las cuestiones de mayor influencia en la salud general y en la dernogra-

fía mr-xir.ana. y ti-ndcrú a disminuir la vagancia. el pauperismo y la mendicidad.

Una de las contingcnciu- de gran importancia nacional que recibirá beneficios positivos por medio del sistema del Seguro Social. es la maternidad.

El Seguro Social. cuyo sistema comprende como uno de los más importantes el llamado "riesgo de maternidad", tomará bajo su amparo este volumen importante de natalidad en la población asalariada. brindándole atenciones médicas a las parturientas, pensiones en dinero cuando ellas sean trabajadoras y alimentos adecuados o su equivalente en dinero para el recién nacido durante determinado período crítico de su vida.

Para atendcr el Seguro Social estos servicios sin considerar los accidentes y las enfermcdades profesionales, se requiere una cantidad de dinero equivalente al 12 por ciento del volumen anual de los salarios, cantidad que -erú aportada en un 6 por ciento por los patrones, en un 3 por ciento por los trabajadores y en un 3 por ciento por el Estado. Del aporte patronal se destinará un 3 por ciento para la atención de las enfermedades y la maternidad y el otro 3 por ciento para atender el seguro de invalidez, vejez y muerte; de la aportación obrera se destinará el 1.5 por ciento a la atención de las enfermedades y la maternidad y el 1.5 por ciento restante a la atención del seguro de invalidez, vejez y muerte; de la contribución del Estado se destinará el 1.5 por ciento a la atención del seguro de enfermedades y maternidad y el 1.5 por ciento restante a la atención del seguro de invalidez, vejez y muerte.

La iniciativa considera comprendidos dentro del Seguro Social los siguientes riesgos: accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades generales y maternidad e invalidez. veje-z y muerte.

Exposición de motivos del proyecto de reformas a la Constitución General de la República. Artículo 123, apartado B*

Con la preocupacion de mantener y consolidar los ideales revolucionarios, cuyo legado hemos recibido con plena conciencia y responsabilidad por todo loque representa para el progreso de México dentro de la justicia social, en el informe que rendí ante el H. Congreso de la Unión el día lo. de septiembre último, me permití anunciar que oportunamente propondría a su elevada consideración el proyecto de reformas a la Constitución General de la República, tendiente a incorporar en ella los principios de protección para el trabajo de los servídores del Estado.

Los trabajadorcs al servicio del Estado, por **diversas y conocidas circunstancias, no hahían** disfrutado de todas las garantías sociales que el artículo 123 de la Constitución General de la República consigna para los demás trabajadores.

Es cierto que la relación jurídica quc une a los trabajadores en gencral con sus respectivos patrones, es de distinta naturaleza de la que liga a los servídores públicos con el Estado, puesto que aquellos laboran para empresas con fines de lucro o satisfacción personal, mientras que éstos trabajan para instituciones de interés general, constituyéndose en íntimos colaboradores en el ejercicio de la función pública. Pero también es cierto que el trabajo **no es una simple mercancía, sino que forma** parte esencial de la dignidad del hombre, de allí que deba ser siempre legalmente tutelado.

De lo anterior se desprende la necesidad de emprender la labor de los servidores públicos dentro de las garantías al trabajo que consigna el antes citado artículo 123, con las diferencias que naturalmente se derivan de la diversidad de situaciones jurídicas.

La adición que se propone al texto constitucional comprende la enumeración de los derechos de los trabajadores y consagra las **bases mínimas de previsión social que aseguran,** en lo posible, tanto su tranquilidad y bienestar personal como los de sus familiares: jornada

***Diario de los Debates de la Cámara de Diputados de 14 de diciembre de 1959.**

máxima, tanto diurna como nocturna, descansos semanales, vacaciones. salario permanente en el trabajo, escalafón para los ascensos, derecho para asociarse, uso del derecho de huelga, protección en caso de accidente y enfermedades, así profesionales como no profesionales, jubilación, protección en caso de invalidez, vejez o muerte, centros vacacionales y de recuperación, habitaciones baratas, en arrendamiento o venta, así como las medidas protectoras indispensables para las mujeres durante el periodo de la gestación, en el alumbramiento y durante la lactancia.

Se reitera en el proyecto el funcionamiento de un Tribunal de Arbitraje al que, además, se le asignan, en forma expresa, funciones conciliatorias para el conocimiento y resolución de los diversos conflictos que puedan surgir entre el Estado y sus servidores.

Una necesaria exigencia se establece en el aspecto: los casos de conflicto entre el poder judicial federal y sus trabajadores. Con el propósito de salvaguardar su dignidad y decoro como el óptimo máximo que ejerce la función jurisdiccional, que establece la competencia exclusiva del pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación para conocer de estos conflictos y resolverlos en una sola instancia, conforme al procedimiento que la Ley reglamentaria establece.

La iniciativa también prevé que, a reserva que ese H. Congreso legisle sobre el particular, se continúen observando, como normas reglamentarias vigentes, las disposiciones del actual Estatuto de los Trabajadores al Servicio de los Poderes de la Unión en lo que no se opongan a la adición que se ha proyectado.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado"

Respecto a la iniciativa sometida a estudio, las Comisiones consideran conveniente hacer las siguientes apreciaciones:

En lo general, tanto por su contenido, por su propósito, por los términos en que está redactada, por la estructura de su ordenamiento legal y por las necesidades sociales que satisface, es merecedora de la más enstusiasta aprobación, ya que significa un paso más en el progresivo desenvolvimiento que en nuestro país se ha venido imponiendo a las instituciones de la seguridad social.

Baste recordar que dentro del conjunto de garantías sociales que la Constitución consigna para el mejoramiento de los diversos sectores de la población, en este caso los trabajadores al servicio del Estado, constituyen parte integrante del programa que los gobier. nos revolucionarios han venido desarrollando para dar pleno cumplimiento a las normas de la Revolución, para valorar la importancia del proyecto que se ha enviado a esta Cámara.

En efecto, hasta ahora, un sistema completo de seguridad social y de beneficios comunes no se había puesto en práctica, sino parcialmente para los trabajadores del Estado, abarcando simplemente el aspecto de las pensiones cuando la edad del trabajador y el tiempo de servicios coincidieran con los términos de la Ley, y en el aspecto de facilitar créditos a largo y corto plazo a los mismos trabajadores del Estado. Ahora no solamente se amplían los conceptos de la seguridad social y los servicios que habrán de prestarse a dichos trabajadores, sino que se facilitan los trámites y se eliminan obstáculos que hacían lentos y difíciles los procedimientos para otorgarlos. Al ampliar los servicios con la atención médica de enfermedades no profesionales y de maternidad, de enfermedades profesionales y accidentes, y de seguros para permitir pensión a los trabajadores, así como otorgar estos mismos servicios a los propios pensiona-

"Dictámenes de primera y segunda lectura. Diario de los Debates de la Cámara de Senadores de 15 y 18 de diciembre de 1959.

dos; al ampliar los conceptos de los créditos que pueden otorgarse a los mismos trabajadores y de los nuevos servicios que habrán de proporcionárselos. como arrendamiento de casas. tiendas para artículos necesarios, centros de esparcimiento y aun instituciones de capacitación técnica, cultural y social, se concibe la prestación respectiva del Estado como un conjunto dc actividades en las que el Gobierno tiende a mejorar el nivel de vida de quienes comparten las actividades públicas y cuya eficiencia, lealtad y probidad deben considerarse concomitantes con sus funciones y, al mismo tiempo, servir de metas constantes para el trabajo que sirve a la colectividad_

Conceptos tan importantes como la ampliación de los servicios sociales a los trabajadores, la incorporación al régimen de protección social de los pensionistas, a los familiares de unos y otros, y las nuevas normas para otorgar créditos, ampliar las pensiones y reestructurar el concepto de sueldo que debe servir de base para los cálculos respectivos, constituyen otros grandcs progresos que esta ley viene a establecer y que indudablemente redundarán en el mejoramiento de las instituciones protectoras del trabajador al servicio del Estado.

Asistencia Social

Decreto que adiciona la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando el Departamento de Asistencia Social Infantil *

Se adiciona el art ú-ulo lo. de la Ley de Secretarfus y llr-partumr-ntos **de** Estado, **como sigue:**

ARTICULO lo. Para el despacho de los negocios del orden **administrativo de la** Federación y **para** el estudio **y planeación de la** politiea de conjunto que en ciertos ramos dehe seguirse. así como **para** promover **y gestiollar lo** «onvenieutc. **habrá las siguientes dependencias** del Ejecutivo:

Secretaría de **Gobernación. Secretaría** de Relaciones Exteriores, Secretaria de Hacienda y Cr¡'dito Público, Seeretaria de Guerra y Marina. Secretaría **de la Economía** Nacional, Secretaría de **Agricultura y Fomento,** Secretaria de Comunicaciones y Obras Públicas, Secrcturfa de Educación Pública. Departamento dr-l Trabajo, Departamento Agrario, Departamento de Salubridad Pública, Departamento Forestal y de Caza y Pesca, Departamento de Asuntos Indígenas. Departamento de Educación Ftsica, Departamento de Prensa y Publicidad, Departamento de Asistencia Social Infantil y Departamento del Distrito Federal.

ARTICULO 15 C. Serán atribuciones del Departamento de Asistencia Social Infantil:

1. Higiene prenupcial, prenatal, de la maternidad, postnatal (de la madre y del niño), infantil y pre-escolar;

Xl. Servicios sostenidos por los patrones en cumplimiento del articulo 123 de la Constitución General **de la República.** en **cuanto se** refieran a mu ternidud **y a niños hasta los** seis años.

XII. Establecimiento, vigilancia y control **de servicios de** asistencia **social** que **se** impartan en: a) Clínicas prenupciales, b) Clinicas prenatales, e) Maternidades, d) Casas de cuna, e) Hogares infantiles y jardines de niños, f) Provisiones de leche, g) Casas del niño, h) Internados de niños bajo tutela del Estado,

*I)iario Oficial de la Federación de 20 de junio de 1937.

e i) Asistencia social a la maternidad y a la infancia ejidales, campesinas y obreras;

XIV. Creación, control y vigilancia de la Asociación Nacional de Asistencia Social Infantil;

XV. Control, vigilancia y coordinación de la asistencia a la maternidad y a la infancia por instituciones públicas o privadas;

XVI. Seguros sociales a la maternidad y a la infancia;

XVII. Cooperación de ejidatarios, campesinos y obreros a la asistencia social a la infancia;

XVIII. Coordinación de servicios de asistencia social infantil con los Estados y los Municipios:

XIX. Congresos del niño y concursos científicos sobre temas de maternidad o infancia;

XX. Concursos de niños;

XXI. En general, la creación, el establecimiento, la vigilancia y control de servicios de asistencia social que se impartan a la maternidad o a la infancia por la Federación, por los Municipios o por los particulares, personas físicas o morales, así como el desarrollo y vigilancia de cuanta actividad pueda referirse a la asistencia social a la infancia y a la maternidad, en los que deba intervenir de acuerdo con la ley o por convenio de coordinación;

XXII. Aplicación de las disposiciones federales referentes a sus facultades y formulación de las que en lo sucesivo se dicten en la materia.

Decreto que crea un organismo público descentralizado que se denominará Instituto Nacional de Protección a la Infancia"

CONSIDERANDO

1. Que es propósito fundamental del Estado mexicano responder vigorosamente al imperativo de carácter moral y social de proteger a la niñez por todos los medios a su alcance y puesto que el Gobierno Federal ha venido atendiendo este problema desde hace algunos años con la distribución de desayunos preparados conforme a dietas adecuadas entre los niños de edad escolar y especialmente a los de familias de escasos recursos, a fin de complementar su alimentación y capacitarlos para desarrollar en mejor forma todos sus esfuerzos en bien de su salud y de su cducación primaria:

1I. Que dado el incremento que este scrvicio asistencial ha venido adquiriendo y necesitando por consecuencia de nuevos factores económicos y administrativos que le permitan extender sus beneficios para dar una mejor solución a cste problema, el Ejecutivo dc mi cargo ha considerado que ha llegado el momento de crear un organismo que de acuerdo con nuestras leyes responda a esa exigencia, con personalidad y patrimonios propios, como organismo público descentralizado, para que haga extensivos, más ágiles y expeditos los servicios sociales de que se trata. Por lo mismo, hc tenido a bien expedir el siguiente

DECRETO

ARTICULO lo. Se crea, con personalidad jurídica y patrimonios propios y con domicilio en la ciudad de México, un organismo público descentralizado que se denominará Instituto Nacional de Protección a la Infancia.

ARTICULO 20. El Instituto Nacional de Protección a la Infancia tendrá por objeto suministrar a los alumnos de las escuelas primarias y preprimarias del Distrito Federal, cuya situación económica lo amerite, servicios asistenciales complementarios, en especial mediante la distribución de desayunos, y

*Diario Oficial de la Federación de lo. de febrero de 1961.

extenderá estos mi-mos servicios a las demás enfidades de la República en los términos de los convenios de cooperación quc al efecto celebre con los Gobiernos locales.

ARTICULO 30. El patrimonio del Instituto Nacional de Protección a la Infancia se integrará con los siguientes bienes:

11. Los fondos que mensualmente le destine, con cargo a su presupuesto, la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

ARTICULO 40. Los órganos de dirección y administración del Instituto serán:

1. El Patronato....

ARTICULO 50. El Patronato será la máxima autoridad del Instituto y se integrará por un presidente, designado por el Presidente de la República y que en todo caso habrá de presidirlo, por los secretarios de Salubridad y Asistencia, de Educación Pública y del Patrimonio Nacional, que serán los vocales, y por el Director del Banco de México, S. A., que será el tesorero,

TRANSITORIOS

ARTICULO 20. La cantidad importe de! saldo depositado en el Banco de México, S.A. para desayunos escolares, así como la maquinaria. equipo. enseres y mercancías destinadas al mismo servicio, se transferirán en propiedad al Instituto Nacional de Protección a la Infancia. Asimismo, la Secretaría de Salubridad y Asistencia proveerá lo necesario para que se transfiera al citado Instituto el edificio que actualmente utiliza en el servicio de desayunos escolares,

Decreto que crea un organismo público descentralizado denominado Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez *

CONSIDERANDO

]. Que el creciente número de menores de edad abandonados por sus progenitores, ya sea motivado por una conducta antisocial, enfermedad o prisión preventiva de los mismos u orfandad de los menores, obliga al Estado a poner especial atención en el cuidado de éstos que, debido a las causas antes mcncionadas, quedan cn peligro de perdcr la salud, el equilibrio emocional y aun la vida, haciendo necesaria la creación de establecimientos que se avoquen al cuidado integral de dichos menores y busquen la resolución al abandono lo más rápidamente posible.

In. Que dada la nccesidad de atender también al menor enfermo, a la especialización en pediatría e investigación de las enfermedades propias de la niñez, así corno la preparación de profesionistas a través de la enseñanza y de la práctica, encaminada a la solución de los problemas de la infancia, se considera indispensable establecer hospitales para menores.

IV. Que para coordinar las actividades que exige la atención del menor abandonado o enfermo, es pertinente la creación de un organismo público descentralizado que dirija y canalice adecuadamente los servicios necesarios, dando oportunidad para que nuevas corrientes de cooperación emanadas de diversos organismos sociales puedan aprovecharse en su beneficio.

He tenido a bien expedir el siguiente

DECRETO

ARTICULO lo. Se crea un organismo público descentrulizado denominado Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, que tendrá personalidad jurídica y patrimonio propios, con domicilio en esta ciudad.

ARTICULO 20. La Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez tendrá por objeto:

"Diario Oficial de la Federación de 19 de agosto de 1968.

c. El establecimiento y operación de hospitales dedicados a la niñez.

d. La organización de cursos y seminarios de capacitación para profesionistas, técnicos, trabajadores sociales, enfermeras, estudiantes y demás interesados en la protección del menor.

f. La coordinación con instituciones públicas o privadas para disminuir los problemas de abandono, explotación e invalidez de menores.

ARTICULO 50_ Los órganos de dirección y administración de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez serán: a) el Patronato, b) el Presidente, y e) el Director General.

ARTICULO 60. El Patronato será la máxima autoridad del organismo y se integrará COn siete miembros. El primero, que fungirá como Presidente, será designado por el Presidente dc la Rcpública: cinco vocales que serán el director general del Instituto Nacional de Protección a la Infancia, el director del Instituto Nacional de la Nutrición, tres representantes de asociaciones privadas dedicadas a la protección de la niñez, y un Tesorero que será el director general del Banco de México, S.A.

ARTICULO 90. El Consejo Técnico estará formado por el director general de la institución, quien lo presidirá, los directores de sus dependencias y un abogado, un médico pediatra, una educadora y un psicólogo, designados anualmente por el Presidente. Se reunirá una vez al mes para discutir los aspectos técnicos del funcionamiento de la institución y sus acuerdos tendrán únicamente el carácter de recomendaciones.

Decreto por el que se crea un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se denominará Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia *

CONSIDERANDO

Que la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia son organismos públicos descentralizados que han fomentado el bienestar social en el país, coadyuvando a la satisfacción de ingentes necesidades de la población;

Que dada la afinidad en los objetivos de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez e Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia, se ha estimado conveniente que sus funciones se realicen sin duplicaciones ni interferencias, a través de una sola administración, lo que permitirá además una mejor utilización de los recursos y mayores beneficios para la colectividad; he tenido a bien expedir el siguiente

DECRETO

ARTICULO lo. Se crea un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se denominará Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, con domicilio en la ciudad de México.

ARTICULO 20. Los objetivos del sistema serán:

1. Promover en el país el bienestar social;

Ill. Apoyar y fomentar la nutrición y las acciones de medicina preventiva dirigidas a los lactantes y en general a la infancia, así como a las madres gestantes.

V. Fomentar cl sano crecimiento físico y mental de la niñez y la formación de su conciencia crítica;

VII. Establecer y operar de manera complementarja hospitales, unidades de investigación y docencia y centros relacionados con el bienestar social;

*Diario Oficial de la federación de 13 de enero de 1977.

VIII. Fomentar y, en su caso, proporcionar servicios asistenciales a los menores en estado de abandono.

ARTICULO 40. Las autoridades del sistema son: a) el Patronato; b) la Presidencia del Patronato, y e} la Dirección General.

ARTICULO 50. El Patronato será la máxima autoridad del sistema y se integrará con un Presidente designado por el Ejecutivo Federal y con los vocales que serán los titulares de las Secretarías de Gobernación, Programación y Presupuesto, Agricultura y Recursos Hidráulicos, Asentamientos Humanos y Obras Públicas, Reforma Agraria, Educación Pública, y Salubridad y Asistencia; el director general de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares; el director del Instituto Nacional de la Nutrición y dos representantes de instituciones privadas dedicadas a la asistencia; además, por el director general del Banco de México, que será e! Tesorero, y por el director general del sistema que será e! Secretario Ejecutivo y concurrirá a las sesiones Con voz, pero sin voto.

ARTICULO 120. El Sistema Nacional para e! Desarrollo Integral de la Familia procurará en todo momento mediante recomendaciones a las autoridades competentes de las entidades federativas, la instauración de instituciones que presten servicios análogos, similares y compatibles en relación a los que proporciona e! propio sistema.

Beneficencia Privada

Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito y Territorios Federales"

H.ASAMBLEA

A la suscrita Comisión dc Asistencia Pública fue turnada, para su estudio y dictamen, la iniciativa del señor Presidente de la República que contiene el proyecto de Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito y Territorios Federales, que el mencionado jefe del Ejecutivo ha elevado a la consideración del Cuerpo Legislativo de que formamos parte.

Dentro del angustioso plazo de que la Comision dictaminadora ha podido disponer para el estudio dc esta iniciativa dc Ley, ha procurado proceder con toda acuciosidad, encontrándola verdaderamentc plausible por su sentido humano y por sus altas finalidades sociales.

El Estado, mediante la iniciativa en cuestión, exalta las instituciones de asistencia privada a la categoría de personas jurídicas, con independencia y soberanía moral para su desenvolvimiento y acción, y establece una corriente humana de estímulo para fomentar las juntas de socorro o de asistencia que en tiempo de guerra, de terremotos, de inundaciones o de escasez económica, en circunstancias, en suma, de calamidades públicas de emergencia, vienen a constituir un medio de salvación para las clases desvalidas.

El Estado adopta el camino de eximir de impuestos a las instituciones de beneficencia privada y señala el principio de negarse terminantemente a ocupar los bienes de aquéllas v a celebrar contratos de cualquier índole con ios patronatos de las propias instituciones. El efecto moralizador de estas medidas es verdaderamente obvio para que tengamos necesidad de comentarlo.

Dentro de estas directrices generales, verdadcramente dignas de loa, se desenvuelve toda la iniciativa del Ejecutivo, por lo que la Cornisión que suscribe estima conveniente su aprobación, ya que la Ley de referencia viene a

"Dictamen de primera lectura. Diario de los Debates de la Cámara de Senadores de 28 de diciembre de 1942.

señalar al país nuevos rumbos de seguridad para la vida humana y demarca campos más amplios para el desarrollo y fomento de instituciones de carácter social.

Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito y Territorios Federales"

TITULO PRELIMINAR

Disposiciones Generales

ARTlCULO lo. Las instituciones dc asistencia privada son entidades jurídicas que con bienes de propiedad particular ejecutan actos con fines humanitarios de asistencia, sin propósitos de lucro y sin designar individualmente a los beneficiados.

ARTICULO 20. El Estado reconoce, en los términos de esta Ley, personalidad moral a las instituciones de asistencia privada y, en consecuencia, capacidad para tener un patrimonio propio destinado a la realización de sus fincs.

ARTICULO 30. Las instituciones dc asistencia privada pueden ser fundaciones o asociaciones.

ARTICULO 40. Son fundaciones las personas morales que se constituyan mediante la afectación de bienes de propiedad privada, destinados ala realización de actos de asistencia,

ARTICULO 50. Son asociaciones las personas morales que por voluntad de los particulares se constituyan en los términos de esta Ley y cuyos fondos consistan cn cuotas periódicas de quienes las integran.

ARTICULO 60. Cuando para satisfacer necesidades producidas por epidemias, guerras, terremotos, inundaciones o por causas económicas, se organicen asociaciones transitorias, éstas se denominarán juntas de socorros o de asistencia.

ARTICULO 70. Las instituciones de asistencia privada se consideran de utilidad pública y están exceptuadas del pago del impuesto sobre herencias, legados y donaciones; de los impuestos, derechos y aprovechamientos que cstablczcan las leyes del Distrito y Territorios Federales; de los impuestos que correspondan a los productos fabricados en sus propios tallcres y que se realicen en expendios de las mismas instituciones; así como de impuestos federales, cuando las leyes de aplicación federal lo determinen.

"Diario Oficial de la Federación de 2 de enero de 1943.

La junta de Asistencia Privada vigilará e impedirá en su caso, que las instituciones hagan una compctcncia ilícita mediante la baja de los artículos que ofrezcan en el mercado, utilizando la exención que concede este artículo.

ARTICULO 91. Serán facultades y deberes de la junta de Asistencia Privada:

1. Formar su reglamento interior y de inspección que someterá a la aprobación de la Secretaría de la Asistencia Pública:

II. Establecer las normas necesarias para la aplicación de esta Ley y de los reglamentos que para su ejecución se dicten;

111. Hacer los estudios y formular los informes que le encomiende la Secretaría de la Asistencia Pública, así como presentar las sugestiones que estime convenientes para la asistencia privada:

IV. Presentar anualmente a la Sccretaría de la Asistencia Pública un informe general de los trabajos realizados durante el año:

V. Opinar sobre la interpretación de esta Ley y demás relativas, en caso de duda respecto a su aplicación, resolviendo las consultas que las autoridades del ramo o las instituciones le propongan en relación con la asistencia privada;

VI. Formar anualmente el presupuesto de egresos de la junta, por lo que toca a los vocales y personal pagados con fondos de la nación, a fin de someterlo a la aprobación de la Secretaría de la Asistencia Pública;

VII. Realizar únicamente los actos de carácter administrativo o ejecutivo relacionados con los bienes de las instituciones que expresamente establezca la presente Ley;

VIII. Ayudar a los patronatos, tanto a la buena administración de los bienes dc las instituciones como a que éstas, de acuerdo con sus estatutos, presten el mayor y mejor servicio de asistencia privada;

IX. Vigilar que los capitales productivos de las instituciones se impongan de acuerdo con la presente Ley y con los requisitos que establezcan sus estatutos; asimismo, que las operaciones que realicen sean costeables para ellas y llevadas a cabo con las debidas seguridades;

X_ Vigilar que los patronatos empleen los ingresos con estricto apego a lo que disponga el presupuesto de egresos debidamente aprobado por la junta;

XI. Cuidar que los patronatos cumplan con las disposiciones de esta Ley y los estatutos:

XII. Las demás que le estén atribuidas por esta Ley y por otras Leyes relativas a la asistencia privada.

Relación de titulares de las dependencias gubernamentales de salubridad y asistencia (1917 a la fecha)

Departamento de Salubridad Pública

Dr. José María Rodríguez 1917-1920
Dr. Gabriel Malda 1920-1924
Dr. Bernardo J. Gastelum 1924-1928
Dr. Aquilino Villanueva 1928-1930
Dr. Rafael Silva 1930·1932
Dr. Gastón Melo 1932·1933
Dr. Manuel Madrazo 1933-1934
Dr. Abraham Ayala González 1934·1935
Dr. José Siurob 1935·1938
Dr. Leonides Andreu Almazán 1938·1939
Dr. José Siurob (segunda vez) 1939-1940
Dr. Víctor Fernández Manero 1940-1943

Secretaría de Asistencia

Dr. Enrique Hernández Alvarez 1938·1938
Dr. Silvestre Guerrero 1939-1940
Dr. Gustavo Baz Prada 1940·1943

Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. Gustavo Baz Prada 1943·1946
Dr. Rafael Pascasio Gamboa 1946-1952
Dr. Ignacio Morones Prieto 1952·1958
Dr. José Alvarez Amézquita 1958·1964
Dr. Rafael Moreno Valle 1964·1968
Dr. Salvador Aceves Parra 1968-1970
Dr. Jorge Jiménez Cantú 1970-1975
Dr. Ginés Navarro Díaz de León 1975·1976
Dr. Emilio Martínez Manautou 1976·1980
Dr. Mario Calles López Negrete 1980·1982
Dr. Guillermo Soberón Acevedo 1982·1984

Secretaría de Salud

Dr. Guillermo Soberón Acevedo 1985 a la fecha.

Disposiciones jurídicas vigentes en materia de salud"

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES

Artículo 40.
Artículo 11.
Artículo 16.
Artículo 73, fracción XVI.
Artículo 123-1, fracciones 11. XU y XV.
Artículo 123 *B*, fracción Xr.

LEGISLACION ORDINARIA

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Diario Oficial dc la Federación de 29 de diciembre de 1976. REFORMAS: 21 de enero de 1985. Se crea la Secretaría de Salud.

Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación de 7 de febrero de 1984.REFORMAS: 27 de mayo de 1987_

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Diario Oficial de la Federación de 27 de diciembre de 1983. REFORMAS: 7 de febrero de 1985; 24 de diciembre de 1986.

Ley del 1nstituto Mcxicanc del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación de 12 de marzo de 1973.

Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. Diario Oficial de la Federación de 9 de enero dc 1986.

Ley que crca el Instituto Nacional de Cardiología de México. Diario Oficial de la Federación de 23 dc junio de 1943.

Ley quc crea los Institutos de Cancerología, Oftalmología, Gastrocnterología y Lrología. Diario Oficial dc la Federación de 30 de diciembre de 1950. REFORMAS: 29 de noviembre de 1982 (sólo subsiste el Instituto de Cardiología).

Ley quc erea el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", Diario Oficial de la Federación de 27 de noviembre de 1981.

Lev que crea el Hospital Infantil de la Ciudad de México. Diario Oficial de la Federación de 23 de jnnio de 1943.

*Con objeto de que r-l lector obtenga un panorama más amplio en torno a la normativa en materia dr- xalud, se le recomienda remitirse a: 1) *Ley del* Seguro *Social* publicada en t-l Diario Oficial de la Federación el 12 de marzo de 1973, así corno a sus relativos aparecidos en el Diario Oficial r-on fechas de 27 de marzo de 1973, 23 y 31 de díeícmbrc 11(1974, 31 dc diciembre de 1976, 26 de noviembre de 1979, 19 de diciembre de 1980. JI de enero (primera sección] y 30 dc diciembre de 1982, 28 de diciembre de 1984 y 2 dr-mavo de 1986; 2) *Lcv del Instituto* de *Seguridad y Servicios Sociales de los Trobaicdoree del Estcdo,* publicada en el Diario Oficial de la Federación con fecha 27 de dieiembn- de 1983 (segunda sección), asf como a sus relativos aparecidos las fechas 30 de diciembre de 1982, 24 de diciembre de 1986 y 19 dr- febrero de 1987; 3) *Ley General de Salud,* publicada r-n el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. segunda sección. así corno a sus reformas y adiciones aparecidas el 27 de mavc de 1987.

Ley que crea el Patronato para el manejo de la Clínica "Primavera" dc Ortopedia. Diario Oficial de la Federación de 15 de enero de 1953.

Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal. Diario Oficial de la Federación de 2 de enero de 1943.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales. Diario Oficial de la Federación de 14 de mayo de 1986.

Ley de Premios, Estímulos y Recornpensas Civiles. Diario Oficial de la Federación de 31 de diciembre de 1975.

Ley Orgánica de la Lotcría Nacional para la Asistencia Pública. Diario Oficial de la Fedcración de 14 de enero de 1985.

Ley Federal de Juegos y Sorteos. Diario Oficial de la Federación de 31 de diciembre de 1947.

Ley Federal de Protección al Ambien te. Diario Oficial de la Federación de II de enero de 1982. REFORMAS: 27 de enero de 1984.

Ley sobre Elaboración y Venta de Café Tostado. Diario Oficial de la Federación de 25 de mayo de 1972.

REGLAMENTOS Y DECRETOS QUE CONTIENEN DISPOSICIONES SOBRE ORGANIZACION y FUNCIONAMIENTO DEL SECTOR SALUD

Reglamento Interior del Laboratorio Central del Departamento de Salubridad Pública. Diario Oficial de la Federación de lo. de abril de 1941.

Rcglamento de la Comisión del Cuadro Básico de Medicamentos del Instituto Mexicano del Scguro Social. Diario Oficial de la Federación de 15 de diciembre de 1971.

Reglamento de la Comisión del Cuadro Básico de Equipo Médico y Materiales de Curación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación de 17 de enero de 1972.

Rcglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Diario Oficial de la Federación de II de noviembre de 1974. REFORMAS: 17 de enero de 1983.

Reglamcnto de la Comisión del Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Público. Diario Oficial de la Federación de 7 de mayo de 1981.

Reglamento de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumas del Sector Salud. Diario Oficial de la Federación de 28 de julio de 1983. REFORMAS: 27 de marzo de 1987.

Reglamento por el que se establecen las bases para la realización del Internado de Pregrado de Licenciatura de Medicina. Diario Oficial de la Federación de 9 de diciembre de 1983.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 19 de agosto de 1985. REFORMAS: 23·dejunio de 1986.

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Rccursos Humanos para la Salud. Diario Oficial de la Federación de 31 de octubre de 1986.

Decreto que crea el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Diario Oficial de la Federación de 27 de febrero de 1952.

Decreto que establece el organismo de cooperación social y de acción permanente deno-

minado "Instituto para la Rehabilitación de los Ciegos". Diario Oficial de la Federación de 1o. de marzo de 1952.

Decreto que cstableee de modo permanente el organismo de cooperación y acción social denominado "Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis". Diario Oficial de la Federación de 17 de julio de 1959.

Decreto por el que se crea el Hospital Ceneral "Dr. Manuel Cea Conzález". Diario Ofieial de la Federación de 26 de junio de 1972.

Decreto que declara de interés público la creación de IIn Centro de Salud a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia cn la Delegación de Milpa Alta, D.F _Diario Oficial de la Federación de 30 de agosto de 1974.

Decreto por el que se crea un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se denominará "Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública". Diario Oficial de la Federación de 24 de febrero de 1978_ REFORMAS: 1.5 de junio de 1979: 17 de agosto de 1984.

Decreto por el quc se crea el Instituto Nacional de la Senectud. Diario Oficial de la Federación de 22 de agosto de 1979.

Decreto por el que se crea el Instituto Mexicano de Psiquiatría como organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Diario Oficial de la Federación de 26 de diciemhre de 1979.

Decreto por el quc se crea un organismo público descentralizado denominado "In-tiluto Nacional de Enfermedades Hcspiratoria-,". Diario Oficial de la Federación de 14 de enero de 1982.

Decreto por el que se autoriza se realicen los actos legales y administrativos que procedan a efecto de extinguir la Comisión Constructora dependiente de la Sccretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación de 12 de marzo de 1982.

Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de Pediatría como organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Diario Oficial de la Federación de 19 de abril de 1983.

Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de Pcrinatología como organismo público dcsccntrulizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Diario Oficial de la Federación de 19 de abril de 1983.

Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. Diario Oficial de la Federación dc 31 de mayo de 1983_

Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría dc Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación de 30 de agosto de 1983_

Decreto por el que se descentralizan a los gobiernos estatales los servicios de salud que prr-stu la Secretaría de Salubridad y Asistenеia en los estados, y los quc dentro del Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación de 8 de marzo de 1984. ADICION: 24 de junio de 198,5.

Decreto por el que se aprueba el programa sectorial de mediano plazo denominado "Programa Nacional de Salud 1984-1988". Diario Oficial dela Fcdcrución de 9 de agosto de 1984.

Decreto por el quc se crea el Programa de

Descentralización de los Servicios de Salud para la población abierta IMSS-COPLAMAR. Diario Oficial de la Federación de 24 de junio de 1985.

Decreto por el que se crea un organismo administrativo desconcentrado por funciones, jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Salud y con autonomía operativa, denominado "Hospital General de México". Diario Oficial de la Federación de 7 de abril de 1986.

Decreto que declara de utilidad pública el establecimiento de una Clínica-Hospital de Campo, por lo que se expropia en favor del IMSS la superficie que se indica, en Petlalcingo, Puebla. Diario Oficial de la Federación de 12 de noviembre de 1986.

Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de Salud Pública como organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Diario Oficial de la Federación de 26 de enero de 1987.

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, con el objeto de proponer las acciones en materia de prevención y control de accidentes a que se refiere el artículo 163 de la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación de 30 de marzo de 1987.

REGLAMENTOS Y DECRETOS QUE CONTIENEN DISPOSICIONES SANITARIAS

Reglamento para la venta de comestibles y bebidas en el Distrito Federal. Diario Oficial de la Federación de 26 de noviembre de 1912.

Reglamento de carnes propias para el consumo, preparados que de ellas se derivan y establecimientos relacionados con los mismos productos. Diario Oficial de la Federación de 30 de marzo de 1927.

Reglamento sanitario para carros de ferrocarril destinados al transporte de pasajeros o de carga. Diario Oficial de la Federación de 14 de enero de 1928. REFORMAS: 12 de diciembre de 1928.

Reglamento de comercio de carnes en el Distrito Federal. Diario Oficial de la Federación de 30 de octubre de 1931.

Reglamento para el aprovechamiento de pieles de animales procedentes de decomisos por infracción a disposiciones sanitarias. Diario Oficial de la Federación de 14 de noviem-'hre de 1934.

Reglamento para la comprobación de sueros antitóxicos y antimicrobianos y de las vacunas. Diario Oficial de la Federación de 17 de mayo de 1935. REFORMAS: 2 de mayo de 1938.

Reglamento sobre vacunación y revacunación antivariolosa. Diario Oficial de la Federación de 6 de septiembre de 1935.

Reglamento para los análisis de potabilidad de las aguas de la República Mexicana. Diario Oficial de la Federación de 9 de septiembre de 1935.

Reglamento para el control biológico de drogas y productos opoterápicos. Diario Oficial de la Federación de 27 de marzo de 1937.

Reglamento para la ubicación de los establos en la Ciudad de México y delegaciones colindantes del Distrito Federal. Diario Oficial de la Federación de lo. de octubre de 1937.

Reglamento para los establecimientos industriales o comerciales molestos, insalubres o peligrosos. Diario Oficial de la Federación de 6 de noviembre de 1948.

Reglamento para el registro de comestibles, bebidas y similares. Diario Oficial de la Federación de 5 de marzo de 1941.

Reglamento de inspección sanitaria de aves destinadas al público para alimentación. Diario Oficial de la Federación de 7 de enero de 1942.

Reglamento para droguerías, farmacias, laboratorios y establecimientos similares. Diario Oficial de la Federación de 28 de abril de 1942.

Rcglamento para la fabricación, transporte y expendio de hielo en el Distrito y zonas federales. Diario Oficial de la Federación de 2 de mayo de 1942.

Reglamento para la profilaxis de la brucelosis. Diario Oficial de la Federación de 14 de mayo de 1942.

Reglamento para el registro, revisión, certifieación y propaganda de medicinas de patente, especialidades, aparatos médicos, productos de tocador, higiénicos, de belleza y similares. Diario Oficial de la Federación de 20 de mayo de 1942. REFORMAS: 8 de octubre de 1942; 31 de marzo de 1943; 31 de diciembre de 1943; lo. de agosto de 1977.

Reglamento para definir cuáles comestibles, bebidas y similares pueden ser registrados con el mismo número y cuáles requieren precisamente números distintos. Diario Oficial de la Federación de 20 de abril de 1944.

Reglamento sobre la elaboración, almacenamiento, envase, transporte y venta de cremas, mantequillas, margarinas y quesos en el Distrito Federal. Diario Oficial dcla Federación de 9 de julio de 1948.

Reglamento federal de desinfección y desinfestación. Diario Oficial de la Federación de 7 de abril de 1951.

Reglamento para la elaboración, tratamiento, transporte y venta de substitutos de la leche natural, preparados a base de polvos de leche total o descremada en el Distrito Federal. Diario Oficial de la Federación de 11 de octubre de 1952. REFORMAS: 22 de marzo de 1978.

Reglamento de productos derivados de la leche y substitutos de ellos. Diario Oficial de la Federación de 27 de agosto de 1953.

Reglamento de profilaxis de la lepra. Diario Oficial de la Federación de 13 de julio de 1955.

Reglamento de aceites y grasas comestibles. Diario Oficial de la Federación de 27 de marzo dc 1956. REFORMAS: 30 de noviembre de 1961.

Reglamento de carnes frías comestibles. Diario Oficial de la Federación de 28 de agosto de 1956.

Reglamento de aditivos para alimentos. Diario Oficial de la Federación de 15 de febrero de 1958.

Reglamento de medicamentos y productos quc se les equiparan. Diario Oficial de la Federación de lo. de marzo de 1960.

Rcglamento de productos de perfumería y artículos de belleza. Diario Oficial de la Federación de 16 de agosto de 1960.

Reglamento de restaurantes, cafés, fondas, lonchcrías, torterías, **taquerías, servicio de comedor en casa de huéspedes, neverías,** ostionerías, **salones de té y demás establecimientos** similares. Diario Oficial de la Federación de 8 de febrero de 1962.

Reglamento para el control sanitario de los molinos de nixtamal, expendios de masa y

tortillas en el Distrito Federal. Diario Oficial de la Federación de 17 de febrero de 1962.

Reglamento sanitario de peluquerías y salones de peinado. Diario Oficial de la Federación de 25 de abril de 1963.

Reglamento sanitario de bebidas alcohólicas. Diario Oficial de la Federación de 6 de junio de 1963.

Reglamento para la prevención y control de la contaminación atmosférica originada por la emisión de humos y polvos. Diario Oficial de la Federación de 17 de septiembre de 1971. REFORMAS: 22 de diciembre de 1975.

Reglamento sobre estupefacientes y substancias psicotrópicas. Diario Oficial de la Federación de 23 de julio de 1976.

Reglamento para el control sanitario de la leche. Diario Oficial de la Federación de 24 de septiembre de 1976.REFORMAS: 3 de abril de 1978.

Reglamento para el control sanitario de los productos de la pesca. Diario Oficial de la Federación de 7 de julio de 1980.

Reglamento para el control de substancias psicotrópicas por inhalación. Diario Oficial de la Fcderación de 15 de enero de 1981.

Reglamento de yodatación y fluoruración de la sal. Diario Oficial de la Federación de 26 de marzo de 1981.

Reglamento para el control sanitario del pulque. Diario Oficial de la Federación de 18 de junio de 1981.

Reglamento de establecimientos industriales dedicados a la fabricación de materias primas para la elaboración de medicamentos y de laboratorios o fábricas de medicamentos. Diario Oficial de la Federación de 5 de enero de 1982.

Reglamento para el registro y revisión de especialidades farmacéuticas. Diario Oficial de la Federación de 19 de abril de 1982.

Reglamento para la protección del ambiente contra la contaminación originada por la emisión de ruido, Diario Oficial de la Federación de 6 de diciembre de 1982.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de sanidad internacional. Diario Oficial de la Federación de 18 de febrero de 1985.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. Diario Oficial de la Federación de 20 de febrero de 1985_

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Diario Oficial de la Federación de 14 de mayo de 1986.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la publicidad. Diario Oficial de la Federación de 26 de septiembre de 1986.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación de 6 de enero de 1987.

Reglamento federal sobre obras de provisión de agua potable. Diario Oficial de la Federación de 2 de julio de 1953.

Reglamento para agencias de inhumaciones en el Distrito Federal. Diario Oficial de la Federación de 25 de enero de 1962.

Reglamento de ingeniería sanitaria relativa a edificios. Diario Oficial de la Federación de 20 de mayo de 1964.

Decreto por el cual se prohibe la entrada y estancia de los niños menores de 2 años en

teatros y cinematógrafos. Diario Oficial dc la Federación de 22 de agosto de 1928.

Decreto que faculta al Departamento de Salubridad Pública para fijar horarios dentro de los cuales deban elaborarse o manipularse los comestibles y bebidas. Diario Oficial de la Federación de 3 de enero de 1934.

Decreto que declara obligatoria la inmunización contra la poliomielitis. Diario Oficial de la Federación de 20 dc septiembre dc 1963.

Decreto que establece los requisitos que deberán llenarse para expedir e! certificado médico prenupcial a que se refiere el artículo 90 de! Código Sanitario Mexicano. Diario Oficial de la Federación de 2 de enero de 1970.

Decreto por el que se declara de naturaleza análoga a los estupefacientes. las substancias y productos que ha determinado el Consejo de Salubridad General, mismos que se especifican en este decreto. Diario Oficial de la Federación dc 14 de enero de 1972.

Decreto quc dispone que la Secretaría de Salubridad y Asistencia deberá publicar la cuarta edición de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación de 12 de febrero de 1975.

Decreto que dispone que la talidomida se empleará exclusivamente para el tratamiento de la reacción leprosa cuando no se hayan obtenido resultados favorables de otros Iármacos o cuando la severidad de la reacción indio que su uso inmediato. Diario Oficial de la Federación de 20 de mayo de 1976.

Decreto por el qnc se determina cstupcfacientc la difcnoxina y sus sales. Diario Oficial de la Federación de 30 de noviembre de 1976.

Decreto por e! quc se establece con carácter obligatorio la Cartilla Nacional de Vacunación, destinada a controlar y comprobar individualmente la administración de vacunas como parte esencial de la protección a la salud de la niñez. Diario Oficial dc la Federación de 20 de octubre de 1978.

Decreto por el quc la Secrctaría de Salubridad y Asistencia organizará el Registro Nacional del Cáncer como un programa permancnte destinado a la prevención, información y asesoría en la lucha contra el cáncer. Diario Oficial de la Federación de 17 de noviembre de 1982.

Decreto para cl fomento y la regularización de la industria farmacéutica. Diario Oficial de la Federación de 23 de febrero de 1984.

Decreto por el que se da a conocer la forma oficial de los certificados de defunción y de muerte fctal. Diario Oficial de la Federación de 21 de noviembre de 1986.

REGLAMENTOS Y DECRETOS QUE CONTIENEN DISPOSICIONES SOBRE CAMPAÑAS SANITARIAS

Rcglamento para la Campaña contra la Onchocercosis. Diario Oficial de la Federación de 13 de abril de 1935. REFORMAS: 23 de abril dc 1938.

Reglamento para la Campaña contra las Enfermedades Venéreas. Diario Oficial de la Federación de 8 de febrero de 1940.

Rcglamento para la Campaña Antirrábica. Diario Oficial de la Federación de 9 de marzo de 1950.

Decreto que establece de modo permanente la Campaña contra la Tuberculosis. Diario

Oficial de la Federación de 24 de febrero de 1934.

Decreto que declara de utilidad pública la Campaña Sanitaria contra la Onchocercosis. Diario Oficial de la Federación de 3 de enero de 1948.

ACUERDOS PRESIDENCIALES

Acuerdo por el que se fijan las bases a que se sujetará la organización interior de los dispensarios antituberculosos. Diario Oficial de la Federación de 31 de diciembre de 1934.

Acuerdo por el cual se reconoce a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la facultad para administrar los bienes que constituyan el patrimonio de la Beneficencia Pública. Diario Oficial de la Federación de 7 de mayo de 1947.

Acuerdo por medio del cual se ordena que todos los candidatos a trabajar en las minas de guano deberán hacerse previamente reacción a la istoplasmina. Diario Oficial de la Federación de 24 de agosto de 1961.

Acuerdo por el que se autoriza la constitución del Fondo nacional para prevenir y controlar la contaminación ambiental. Diario Oficial de la Federación de 15 de julio de 1981.

Acuerdo por el que las entidades de la administración pública paraestatal se agruparán por sectores, a efecto de que sus relaciones con el Ejecutivo Federal se relacionen a través de la Secretaría de Estado o Departamento Administrativo. Diario Oficial de la Federación de 3 de septiembre de 1982. Complemento al Acuerdo: 15 de noviembre de 1982, registro de las entidades de la administración pública paraestatal. REFORMAS: 22 de diciembre de 1982.

Acuerdo presidencial por el que se crea la Dirección General del Secretariado Técnico del Gabinete de la Presidencia de la República (Creación del Gabinete de Salud). Diario Oficial de la Federación de 19 de enero de 1983.

Acuerdo por el que se instituye el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud. Diario Oficial de la Federación de 9 de junio de 1983.

Acuerdo por el que se crea la Comisión Nacional de Alimentación como un organismo de coordinación y definición de políticas y de acciones en materia de alimentación y nutrición. Diario Oficial de la Federación de 17 de octubre de 1983.

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud. Diario Oficial de la Federación de 19 de octubre de 1983.

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Diario Oficial de la Federación de 19 de octubre de 1983.

ACUERDOS DE COORDINACION

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de la Secretaría de Salud, y el Ejecutivo del Estado de Aguascalientes, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud. Diario Oficial de la Federación de 6 de diciembre de 1984.

Resulta necesario señalar que este Acuerdo se celebró también con los siguientes estados:

Baja California, Diario Oficial de la Federa-

cion de 19 dc diciembre dc 1984: Baja California Sur, Diario Oficial de la Federación de 7 de diciemhrc dr- 1984: Campeche. Diario Oficial de la Federación de 10 de diciembre de 1984: Coahuila, Diario Oficial de la F,'dcración de 11 de diciembre de 1984: Colima, Diario Oficial de la Federación dc 12 dc diciembre de 1984: Chiapas. Diario Oficial de la Federación de 13 de diciembre de 1984: Chihuahua, Diario Oficial de la Fcderación de 13 de diciembre dc 1984: Durango, Diario Oficial de la Federación de 3 de diciembre de 1985: Guanajuato, Diario Oficial de la Federación de 27 de junio de 1984: Guerrero, Diario Oficial de la Federación de 3 de julio de 1984: Hidalgo, Diario Oficial de la Federación de 2 dc julio de 1984: Jalisco, Diario Oficial de la Federación d« 17 de diciembre de 1984: Vlichoaeán, Diario Oficial de la Federación de 18 de septiembre dc 1984; Navarit, Diario Oficial de la Federación de 19 de diciembre de 1984; Nuevo León, Diario Oficial de la Fcderación de 19 de diciembre de 1984: Oaxaca, Diario Oficial de la Federación de 20 de diciembre de 1984; Puebla, Diario Oficial de la Federación de 26 de octubre de 1984: Querétaro, Diario Oficial de la Federación dr- 21 de diciembre de 1984; Quintana Roo. Diario Oficial de la Federación de 26 de diciembre de 1984: San Luis Potosi. Diario Oficial de la Federación de 14 de diciembre de 1984; Sinaloa, Diario Oficial de la Federación de 26 de diciembre de 1984: Sonora, Diario Oficial de la Federación de 26 de diciembre de 1984: Tabasco. Diario Oficial de la Federación de 27 de diciembre de 1984: Tamaulipas, Diario Oficial de la Federación de 28 de diciembre de 1984: Tlaxcala, Diario Oficial de la Federación de 28 de junio de 1984, Vcracruz, Diario Oficial de la Federación de 24 de octubre de 1986; Yucatán, Diario Oficial de la Federación de 28 de diciembre de 1984; Zacatccas, Diario Oficial de la Fedcración de 28 de diciembre dcl984: y Distrito Federal, Diario Oficial de la Federación de 16 de agosto dc 1984,

Por su parte, el Acuerdo de Coordinación para la Intcgrución Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud se ha firmado con los estados siguientes. Baja California Sur, Diario Oficial de la Federación de 4 de diciembre de 1985: Guerrero, Diario Oficial de la Federación de 18 de octubre de 1985; jalisco. Diario Oficial de la Federación de lo. de septiembre de 1985: Morelos, Diario Oficial dr: la Federación de 15 de septiembre de 1986: Nuevo León, Diario Oficial de la Federación de II de diciembre de 1985: Oaxaca, Diario Oficial de la Federación de 25 de ahril de 1985; Sonora, Diario Oficial de la Federación de lo. de diciembre de 1986; Tlaxcala, Diario Oficial de la Federación de 24 de junio de 1985: Tabasco, Diario Oficial de la Federación de lo, de diciembre de 1986, mientras que Colima. Guanajuato. Estado de México y Querétaro están pendientes de publicación.

Igualmente. el Acuerdo de Descentralización del Ejercicio de las Funciones de Control y Hcgularión Sanitaria se ha firmado con Baja California Sur. Diario Oficial de la Fcderución de 12 de agosto de 1986: Colima. Diario Oficial de la Fr-dorución de 12 de agosto de 1986: Guanajuato. Diario Oficial de la Fvderación de 24 d., noviembre de 1986: Guerrero. Diario Oficial de la Federación de 12 de agosto de 1986: Julisco. Diario Ofieial de la Federación

de 12 de agosto de 1986: Estado de México, Diario Oficial de la Federación de 29 de agosto de 1986: Morelos, Diario Oficial de la Federación de 8 de octubre de 1986: Nuevo León, Diario Oficial de la Federación de 12 de agosto de 1986: Querétaro, Diario Oficial de la Federación de 12 de agosto de 1986: y Sonora, Diario Oficial de la Federación de 12 de agosto de 1986.

ACUERDOS SECRETARIALES

Acuerdos Secretariales sobre Delegación de Facultades y Desconcentración

Acuerdo número 1 de la Dirección General de Asuntos Jurídicos. 13 de diciembre de 1982 (2 páginas).

Acuerdo número II por el cual se establece que la *Revista Salud Pública de México,* sea editada por la Escuela de Salud Pública de México. 30 de abril de 1983 (2 páginas).

Acuerdo número 20 por el que se delegan facultades en el oficial mayor, los directores generales de Administración, Administración de Personal y Adquisiciones, el gerente general de Biológicos y Reactivos y el director general de la administración del patrimonio de la Beneficencia Pública, así como en los directores, subgerentes y demás servidores públicos. Diario Oficial de la Federación de 7 de febrero de 1984 (páginas 16·19, primera sección).

Acuerdo número 30 por el que se desconcentran las farmacias de interés social de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación de 30 de agosto de 1984 (páginas 5·7).

Acuerdo número 32 por el cual los nombramientos de los servidores públicos de mandos medios y superiores deberán ser firmados por las autoridades que se indican, de conformidad con el Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud y las demás disposiciones aplicables en la materia. 17 de agosto de 1984 (3 páginas: *Delegación).*

Acuerdo número 33 por el que se desconcentran facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas, órganos desconcentrados por territorio de competencia coordinada, con el propósito de darles autonomía operativa. Diario Oficial de la Federación de 31 de agosto de 1984 (páginas 6-15).

Acuerdo número 51 por el que se delegan facultades en los directores generales de Abastecimiento, Administración, Administración de Personal, de la administración del patrimonio de la Beneficencia Pública, en el gerente general de Biológicos y Reactivos, en los titulares de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, así como en los servidores públicos que se indican. Diario Oficial de la Federación de 4 de diciembre de 1985 (páginas 53-55).

Acuerdo número 56 por el que se delegan facultades para su ejercicio en el Hospital General de México. Diario Oficial de la Federación de 23 de mayo de 1986 (páginas 9-12).

Acuerdo número 57 por el que se delegan facultades en los directores de Control Sanitario de la Publicidad, de la Dirección General de Control Sanitario de Bienes y Servicios: de Asuntos Contenciosos y Administrativos, y de Legislación y Consulta de la Dirección

General de Asuntos Jurídicos. Diario Oficial de la Federación .de 26 de mayo de 1986 (páginas 6-7).

Acuerdo número 60 por el que se delegan facultades en los servidores públicos de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. Diario Oficial dc la Federación de 30 de mayo de 1986 (páginas 28-29).

Acuerdo número 67 por el que se rcestructura el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea y se le delegan facultades. Diario Oficial de la Federación de 10 de noviembre de 1986.

Acuerdos Secretariales que crean Órganos, Comités y Comisiones

Acuerdo número 2 por el que se crea la Comisión de Simplificación de Procedimientos Administrativos dc la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación de 24 de enero de 1983 (páginas 71-72).

Acuerdo número 3 por el que se crea la Comisión Conmemorativa del XL Aniversario de la Sceretaría dc Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación dc 24 de enero de 1983 (página 72).

Acuerdo número 5 por el que se crea la **Comisión de Descentralización** y Desconcentración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación de 8 dc marzo de 1983 (páginas 4-5).

Acuerdo número 7 por el que se establece el Consejo Interno del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. Diario Oficial d« la Federación de 28 de marzo de 1983 (páginas 7-8).

Acuerdo número 8 por el que se crea el Consejo Interno de la Gerencia General de Farmacias. Diario Oficial de la Federación de 13 de junio de 1983 (páginas 16.17).

Acuerdo número 9 por el que se crean los Comités Internos para el Cuadro Básico de Insumas del Sector Salud de medicamentos, **equipo e instrumental médico, material de curación y material** de **información científica de** la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación de 23 de junio de 1983 (páginas 21.22).

Acuerdo número 12 por el que se establece el Consejo Interno de la Gereneia General de Biológicos y Reactivos. Diario Oficial de la Federación de 28 de julio de 1983 (páginas 19-20).

Acuerdo número 13 que crea las Oficinas de Quejas y Denuncias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y por el que se establece el procedimiento para aplicar la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de las entidades paraestatales agrupadas en el sector salud, en los términos de los artículos 50 y 51 de la Ley Orgánica de la Administración Pública. 22 de juuio de 1983 (19 páginas).

Acuerdo número 14 por el que se crea el Comité de Obras Públicas, Mantcnimiento, **Conservación y Arrendamiento de la Secretaría** dr- Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación dc 19 de agosto dc 1983 (páginas 24-25).

Acuerdo número 17 por el que se crea el Comité de Compras de la Secretaría de Saluhridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación de 11 de octubre de 1983 (páginas 11-12).

Acuerdo número 18 que crea el Comité ln-

terno de Nutrición de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación de 10 de noviembre de 1983 (páginas 10-11).

Acuerdo número 21 por el que se crean en la Secretaria de Salubridad y Asistencia las unidades administrativas denominadas Subcontraloría de Control y Subcontraloría de Auditoría. Diario Oficial de la Federación de 16 de febrero de 1984 (páginas 12-14).

Acuerdo número 23 por el que se crea el Centro de Desarrollo y Aplicaciones Tecnológicas. 23 de febrero de 1984 (7 páginas).

Acuerdo número 26 por el que se crea el Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas. 29 de junio de 1984 (7 páginas).

Acuerdo número 27 por el que se crea la Comisión Consultiva de Normas Técnicas en materia de salubridad general. Diario Oficial de la Federación de 21 de agosto de 1984 (páginas 6-7).

Acuerdo número 29 por el que se crea el Centro de Investigaciones en Salud Pública. 20 de agosto de 1984 (7 páginas).

Acuerdo número 34 por el que se crea el Consejo Interno de la administración del patrimonio de la Beneficencia Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación de 11 de septiembre de 1984 (páginas 15-16).

Acuerdo número 36 por el que se crea Comité Técnico Interno de Administración de Documentos de la SSA. Diario Oficial de la Federación de 18 de octubre de 1984 (páginas 26-27).

Acuerdo número 37 por el que se crea la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación de 26 de septiembre de 1984 (páginas 29-30, primera sección).

Acuerdo número 38 que dispone el establecimiento de Coordinaciones de proyectos prioritarios de salud. Diario Oficial de la Federación de 24 de octubre de 1984 (páginas 11-12);

Acuerdo número 39 que dispone el establecimiento de Centros de Referencia Nacionales. Diario Oficial de la Federación de 24 de octubre de 1984 (páginas 12-13).

Acuerdo número 43 por el que se crea el Comité de Investigación en Salud. Diario Oficial de la Federación de 11 de enero de 1985 (páginas 8-9).

Acuerdo número 45 por el que se crea una Comisión Interna encargada de estudiar y dictaminar sobre las propuestas de imposición de nombres a los establecimientos sectorizados, sus instalaciones o los destinados al servicio de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 21 de agosto de 1985 (página 11, segunda sección).

Acuerdo número 46 por el que se crea la Comisión Interna del Programa contra la Farmacodependencia y se establecen las bases para la coordinación del programa señalado. 6 de septiembre de 1985 (13 páginas).

Acuerdo número 47 por el que se crea la Comisión Interna del Programa contra el Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas y se establecen las bases para la coordinación del programa señalado. 6 de septiembre de 1985 (9 páginas).

Acuerdo número 48 por el que se crea una Comisión Interna del Programa de Salud en las Zonas Fronterizas del país. 6 de septiembre de 1985 (7 páginas).

Acuerdo número 49 por el que se crea la Comisión Interna del Programa de Salud Ambiental y Ocupacional. 6 de septiembre de 1985 (6 páginas).

Acuerdo número 50 por e! que se crea la Coordinación Técnica de Reconstrucción de la infraestructura hospitalaria en la zona metropolitana de la Ciudad de México. Diario Oficial de la Federación de 18 de octubre de 1985 (páginas 4-5).

Acuerdo número 52 por el que se establece la Unidad Ejecutora de la obra nueva de! Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud de la Secretaría en la zona metropolitana de la Ciudad de México. Diario Oficial de la Federación de 10 de enero de 1986 (páginas 26·27).

Acuerdo número 55 por e! que se integran Patronatos de las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud y se promueve su creación en los institutos nacionales de salud. Diario Oficial de la Federación de 17 de marzo de 1986 (páginas 5-6).

Acuerdo número 58 por e! que se crea e! Sistema de Documentación y Archivo de la Secretaría de Salud y el Centro que lo coordina. Diario Oficial de la Federación de 6 de febrero de 1986 (páginas 15-16).

Acuerdo número 61 por e! que se crea el Consejo Interno de! Centro de Obras y Equipamiento en Salud. Diario Oficial de la Federación de 30 de junio de 1986 (páginas lO-U).

Acuerdo número 63 por e! que se crea la Comisión Interna de Nutrición y Salud y se establecen las bases para la coordinación del programa específico en la materia. F. Firma 6 de abril de 1986.

Acuerdo número 64 por e! que se crea la Comisión Interna del Programa de Participación Social de la Comunidad. F. Firma 6 de abril de 1986.

Acuerdo número 65 por el que se crea la Comisión Interna del Programa Nacional de la Mujer y la Salud. F. Firma 6 de abril de 1986.

Acuerdo número 66 por el que se establece el Comité de Instrumentación de! Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, México-BID. Diario Oficial de la Federación de 3 de octubre de 1986.

Acuerdo número 68 por e! que se crea e! Comité Interno de Importación de Productos y Materias Primas sujetos a control sanitario. Diario Oficial de la Federación de 21 de noviembre de 1986.

Acuerdo número 69 por el que se crea e! Comité Interno de Apoyo a las funciones de control sanitario de la publicidad. Diario Oficial de la Federación de 19 de noviembre de 1986_

Acuerdo número 70 por el que se crea la Coordinación Técnica del Programa de Ampliación de Cobertura. Diario Oficial dc la Federación de 5 de marzo de 1987.

Acuerdo número 72 por el que se crea e! Centro de Capacitación y Desarrollo. Diario Oficial de la Federación de 13 de mayo de 1987.

Acuerdos Secretariales que Fijan Normas de Organización y Funcionamiento

Acuerdo número 4 por e! que se instituye el Registro de nombramientos de funcionarios al servicio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; y se establecen normas para el registro de funcionarios que representen a la

Secretaría de Salubridad y Asistencia en órganos colegiados de entidades paraestatales y en comisiones intersecretariales. 21 de febrero de 1983_

Acuerdo número 10 que establece las normas de modernización administrativa para la organización de las unidades de la Secretaría dc Salubridad y Asistencia, Diario Oficial de la Federación de 22 de junio dc 1983.

Acuerdo número 15 que establece las normas básicas para la transferencia de Unidades Administrativas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. 15 dc septiembre de 1983.

Acuerdo número 22 quc establece las normas y criterios para la racionalización de la actividad jurídica y de los procedimientos administrativos dc la Sceretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federaeión de 23 de febrero de 1984.

Acuerdo número 24 por el que se establecen las normas y lineamientos para la integración y financiamiento de los Organos de Gobierno de las entidades paracstatales coordinadapor la Secrctaría dc Salubridad y Asistencia. Diario Oficial dc la Federación de 30 de marzo de 1984.

Acuerdo número 25 por el que las Unidades Administrativas de la Secretaría dc Salubridad y Asistencia que se indican, contarán con Unidades dc Planeación. Diario Oficial de la Federación dc 2 de abril dc 1984.

Acuerdo número 31 por el que se establecen las normas a que se sujetará el funcionamiento de las Delegacioncs Administrativas de las Unidades Administrativas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. 17 de agosto de 1984.

Acuerdo número 44 que interpreta el decrcto presidencial que estableció el uso de las siglas SSA y determina que tanto éstas como su logotipo se sigan utilizando para dcsignar a la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 22 de febrero de 1985.

Acuerdo número 62 dc adscripción orgánica de las Unidades Administrativas de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 26 de marzo de 1986.

Acuerdo número 71 por el que se crea el Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud. Diario Oficial de la Federación de 20 de mayo de 1987.

Acuerdo número 59 que fija la competencia de las Unidades Administrativas de la Secretaría de Salud que ejercen funciones de control y vigilancia sanitarios, respecto de los giros o establecimientos, actividades, productos, equipo y autorizaciones sanitarias que les asigna el Reglamento Interior de la misma secretaría y que delegan facultades para su ejercicio por parte de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. 26 de mayo de 1986. Modificado según Acuerdo Secretarial número 67 publicado en el Diario Oficial de la Federación de 10 dc noviembre de 1986, exclusivamente respecto de los actos de disposición de sangre y sus derivados.

Acuerdos Seeretariales que Establecen Disposiciones Sanitarias

Acuerdo número 16 por el que se incorporan los giros que se señalan a continuación a las clasificadas como de mínimo riesgo. Diario Oficial de la Federación de 10 de octubre de 1983.

Acuerdo número 40 por el que se exime a los establecimientos industriales, comerciales

o de servicios que se indican, del requisito de Licencia Sanitaria para su funcionamiento. Diario Oficial de la Fedcración de 6 de noviembre de 1984.

Acuerdo número 41 por el quc se dan a conocer **las formas oficiales para solicitud de** Licencia Sanitaria. Diario Oficial de la Federación de 6 de noviembre de 1984.

Acuerdo número 54 por el que se autoriza al personal de la Secretaría de Salud. así como al que designe el Departamento del Distrito Federal, a que adopte las medidas indispensables para la prevención y control de problemas de salud pública. Diario Oficial de la Federación de 23 de septiembre de 1985.

Acuerdos Secretariales sobre Diversas Materias

Acuerdo número 6 que abroga el diverso que instituye la medalla "Dr. Valentín Gómez Farías". 15 de abril de 1983.

Acuerdo número 19 que asigna el nombre de "Dr. Bernardo J. Custelum", a la medalla que se otorgue a los trabajadores y funcionarios de la Secretaría de Salubridad v Asisten**cia como premio de antiguerlad en el servicio** público de primer grado, por 50 años de antiguedad en la institución. 28 de octubre de 1983.

Acuerdo número 35 por el que se da el nombre de "Beatríz Velasco de Almena" al estableeimiento que opera la Clínica "Primavera" de Ortopedia. Diario Oficial de la Federación de 6 de septiembre de 1984.

Acuerdo número 53 por el que se impone a la Sala de Compilación) Archivo Jurídieo de la Direceión General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, el uombre de "Elena Lópcz Mateos". Diario Oficial de la Federación de 6 de enero de 1986.

Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia"

DECRETO POR EL QUE EL EJECUTIVO FEDERAL ESTABLECE BASES PARA EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.s-Presidencia de 1a República.

MIGUEL DE LA MADRID HURTADO, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en uso de las facultades que me confieren los artículos 89 fracción 1 y 115 fracción X, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en los artículos 17, 19, 22, 32, 39 Y 44 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

-Diario Oficial de la Federación de 30 de agosto de 1983.

Y 12 al 18 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, y

CONSIDERANDO

Que la descentralización de la vida nacional es una de las estrategias rectoras del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y del Programa Sectorial de Salud, encaminadas a hacer más democrático y eficiente el sistema social y a dar mayor participación a las entidades federativas en el desarrollo;

Que la descentralización es un proceso formado por etapas sucesivas que deben desenvolverse gradualmente para asegurar su eficaCIa;

Que la vertiente de coordinación asegura el carácter nacional y participativo de la planeación, porque permite que la Federación y los Estados convengan acciones de desarrollo conjuntas;

Que el Plan Nacional de Desarrollo establece que es prioritaria la descentralización de los servicios de salud.

Que con la Descentralización gradual de los servicios de salud se impulsará la formación y funcionamiento de los sistemas estatales de salud de acuerdo con una normatividad nacional, llevando al uso más eficiente de los recursos y con ello a la efectividad progresiva del derecho Constitucional a la protección de la salud;

Que la descentralización de los servicios de salud debe sujetarse a un programa integral cuya ejecución inicial se base en los avances obtenidos por los Servicios Coordinados de Salud Pública y por los Acuerdos de Coordinación celebrados con los Estados en esa materia;

Que el programa de descentralización de los servicios de salud deberá regirse por los lineamientos que establezca el Gobierno Federal y las normas que dicte la Secretaría de Programación y Presupuesto tendientes a asegurar su contribución al desarrollo regional;

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dispone que en materia de salubridad general habrán de concurrir tanto la Federación COmo las entidades federativas de conformidad con lo que la Ley establezca, he tenido a bien dictar el siguiente

DECRETO

POR EL QUE EL EJECUTIVO FEDERAL ESTABLECE BASES PARA EL PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SAL UD DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

ARTICULO lo. El Programa de Descentralizacron de los Servicios de Salud se sujetará a los lineamientos del Ejecutivo Federal, a las normas que la Secretaría de Programación y Presupuesto defina en materia de desarrollo regional y a los Acuerdos de Coordinación que conforme al Convenio Unico de Desarrollo, se celebren o revisen con los gobiernos de las entidades federativas por conducto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

ARTICULO 20. En la celebración o revisión de los Acuerdos de Coordinación se propondrá el programa de descentralización de los servicios de salud en cada Estado, conforme a las siguientes bases:

1. Se identificarán las facultades que se descentralizarán a los gobiernos de los Estados, y las facultades que serán desconcentradas a los Servicios Coordinados de Salud Pública;

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

III. Se fijarán las acciones que se llevarán a cabo para la integración y funcionamiento eficientes de los Sistemas Estatales de Salud en coordinación con el Sistema Nacional de Salud;

IV. Se acordará que el titular de Salubridad y Asistencia dicte los acuerdos de desconcentración de facultades que procedan, y establezca los manuales de organización, de procedimientos y de servicios al público que aseguren la eficacia del proceso de descentralización;

V. Se definirán las directrices de la descentralización de los gobiernos de los Estados a los municipios y las de desconcentración de los Servicios Coordinados a las jurisdicciones **sanitarias, y**

VI. Se acordarán los plazos en que se cumplimentarán los compromisos a que den lugar los Acuerdos.

ARTICULO 30. Los Servicios Coordinados de Salud Pública serán órganos administrativos desconcentrados quienes sujetándose a la normatividad central, contarán con autonomía técnica y con la competencia que les atribuyan los Acuerdos de Coordinación, los Acuerdos de Desconcentración y las disposiciones aplicables.

Los Servicios Coordinados tendrán consejos internos los cuales serán presididos por los gobernadores de los Estados cuando éstos COnvengan en ello.

ARTICULO 40. La estructura de las distintas unidades administrativas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se adecuará progresivamente, de conformidad Con los siguientes criterios:

1. Las unidades centrales ejercerán facultades normativas y de control;

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

III. Los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados ejercerán facultades de carácter operativo.

ARTICULO 50. Los jefes de Servicios Coordinados de Salud Pública, en los términos que convengan, participarán activamente en los Subcomités de Salud y Seguridad Social de los Comités de Planeación de Desarrollo de los Estados, en los términos de las disposiciones legales que regulen a éstos, contribuyendo así a la integración de los Sistemas Estatales de Salud, con apego a lo dispuesto por las leyes que rijan a las dependencias y entidades que los compongan.

ARTICULO 60. Se dará debida participación en el proceso de descentralización a las organizaciones de trabajadores que tienen a su cargo los servicios de salud.

ARTICULO 70. Los servicios de Salud que para el establecimiento del Sistema de Salud del Distrito Federal se descentralicen en esa entidad federativa, se confiarán al órgano que al efecto sea creado, y quedarán sujetos a la normatividad y a las acciones de coordinación que establezcan la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Departamento del Distrito Federal.

TRANSITORIO

ARTICULO UNICO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintinueve días del mes de agosto de mil novecientos ochenta y tres.-EI Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Miguel de la Madrid Hurtado.- Rúbrica.- El Secretario de Programación y Presupuesto, Carlos Salinas de Gortari.- Rúbrica.- El Secretario de Salubridad y Asistencia, Guillermo Soberón Acevedo.- Rúbrica.- El Jefe del Departamento del Distrito Federal, Ramón Aguirre Velázquez.- Rúbrica.

Decreto por el que se descentralizan a los gobiernos estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los estados, y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social"

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

Miguel de la Madrid H., Prcsidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en uso de las facultades que mc conficre el artículo 89, fracción 1, dc la Constitución' Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en los artículos 40. y 115, fracción X de la misma Constitución y conforme a las facultades que me otorgan los artículos 22, 32, 32 Bis y 39 dc la Lcy Orgánica de la Administración Pública Federal; 12 al 18 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y 16 Y 17 dc la Ley de Planeaeión y

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el párrafo tercero de su artículo 40., dispone que en la salubridad general, de la cual forma parte la prestación de servicios de atención médica y de salud pública, concurrirán la Fedcraeión y las entidades federativas;

Que el mencionado precepto constitucional consagra el derecho a la protección de la salud, cuyo cumplimiento progresivo exige que el sector público realice un vigoroso esfuerzo de racionalización que baga más productivos los recursos que se destinan a la salud;

Que el carácter concurrente de la salubridad general y la política de fortalecimiento del federalismo hacen necesario que, como se previene en el Plan Nacional de Desarrollo, se descentralicen los servicios de salud para la población que no esté protegida por los sistemas de scguridad social;

Que el 30 de agosto de 1983 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el programa de descentralización de íos servicios de salud de la Secretaría de Salud;

"Diario Oficial de la Federación de 8 de marzo de 1984 y adicionado con el artículo 12 (" 24 de junio de 1985.

Que la descentralización a la que se refiere e! mencionado Decreto se debe complementar con la descentralización gradual de los servicios de salud que, dentro de un programa de solidaridad social por participación comunitaria y por encargo del Poder Ejecutivo, presta el Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme al Convenio celebrado el 25 de mayo de 1979;

Que la descentralización de ambos sistemas deberá conducir a su integración funcional en una primera etapa y orgánica en una segunda, para que con los servicios locales se formen sistemas estatales de salud;

Que al efecto deberá entenderse por integración funcional la coordinación programática de las diferentes instituciones y por integración orgánica la fusión en una sola **organización**;

Que la descentralización de los servicios y su integración en sistemas estatales deberá permitir la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad, para así dar efectividad a la nueva garantía constitucional;

Que por todo ello la descentralización deberá ser un proceso gradual y ordenado, con UII programa que evite deterioros en la operación y a la vez haga posible su control y **evaluación;**

Que e! Convenio Unico de Desarrollo 1984 previene que los multicitados servicios serán descentralizados conforme a un proceso programado;

Que la Ley Gcneral de Salud, publicada en e! Diario Oficial de la Federación de! 7 de febrero del año en curso, que entrará en vigor e! lo. de julio de! presente, en cumplimiento de lo dispuesto por e! párrafo tercero de! artículo 40. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, distribuye la compctencia en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas, recayendo en éstas la atención médica a población abierta y olras funciones dc salud pública, he tenido a bien dictar el siguiente

DECRETO

ARTICULO lo. Los servicios de salud que presta la Sccretaría de Salud en los estados y los que dentro del programa de solidaridad social por participación comunitaria denominado IMSS.COpLAMAR, proporciona ellnstituto Mexicano del Seguro Social, en los términos del convenio celcbrado con el Ejecutivo Federal el 25 de mayo de 1979, se descentralizarán a los gobiernos estatales con sujeción al programa al que se refiere este Decreto y a los acuerdos de coordinación que al efecto se celebren en e! marco de! Convenio Único de Desarrollo.

ARTICULO 20. El Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta se elaborará conjuntamente por las Secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud, así como por e! Instituto Mexicano de! Seguro Social, sujetándose al efecto **a los siguientes criterios:**

1. En el Convenio Unico de Desarrollo 1984 sc conticne la propuesta dc los elementos básicos dc la dcseentralización de los servicios de salud para población abierta, y se conviene con los gobiernos de los estados que recaiga en éstos la coordinación programática de los mencionados servicios de salud;

11. Durante 1984 los servicios de la Secre-

taría de Salud y los denominados IMSS-COPLAMAR, se coordinarán programática-mente en cada estado;

lll. Antes de que concluya 1984 las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contralaría Gcneral de la Federación y de Salud evaluarán cl desempeño de la coordinación programática a la quc se refiere la fracción anterior, a fin de que se lleve a cabo la descentralización de los servicios de atención a población abierta conforme lo dispone la fracción siguiente;

IV. En 1985 se iniciará gradualmente la desccntralización de los servicios de salud a los primeros estados y en 1986 concluirá esa descentralización en el resto de los mismos;

V. En cada una de las fases del proceso de descentralización será prioritario. cuidar que no se gcneren deterioros en la operación de los servicios, que se amplíe la cobertura y la calidad de éstos y que se abatan duplicaciones y omisiones en el ámbito de acción de las unidades aplicativas, a través de un sistema dc atención coordinado y eficientc, y

VI. El programa definirá los apoyos que, en su caso, sc pondrán a disposición de los gobiernos de los estados por partc de la Secretaría dc Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de asegurar los propósitos que señala la fracción anterior.

ARTICULO 30. Conforme a lo estipulado en el Convenio Unico de Desarrollo y para que los gobiernos de los estados puedan asumir la coordinación programática de los servicios de salud para población abierta, en los términos del artículo anterior, contarán con las siguientes facultades:

1. Elaborar y vigilar que se lleve a cabo el programa estatal de atención a población abierta, dentro del marco del programa nacional y de los programas de la SSA y de lMSS-COPLAMAR, con la participación que corresponda a los Comités de Planeación para el Desarrollo de los Estados;

11. Evaluar en el ámbito de su jurisdicción territorial, la ejecución del programa estatal;

IlI. Opinar sobre los proyectos de programas-presupuesto de los Servicios Coordinados dc Salud Pública y de IMSS-COPLAMAR para el trámite que proceda:

IV. Recomendar medidas tendientes al aprovechamiento más racional de las unidades de atención a población abierta, conforme a criterios de regionalización, escalonamiento, apoyo recíproco y eficiencia en el manejo de los recursos;

V. Recomcndar y orientar las obras de beneficio colectivo en las que deberán aprovecharse las jornadas de trabajo de los usuarios que como contraprestación realicen éstos;

VI. Coadyuvar a la homogeneización de los servicios de atención a población abierta conforme a políticas y normas técnicas comunes:

VII. Hacer del conocimiento de las unidades centrales de la Secretaría de Salud y de la Coordinación General delIMSS-COPLAMAR, las deficiencias y problemas de los servieios así como recomendar medidas correctivas, y

VIII. Coordinar con los jefes de Servicios Coordinados de Salud Pública y con los titulares de L\\SS-COPLAMAR, el ejercicio de sus facultades cuando sea necesario para la coordinación programática.

ARTICULO 40. De conformidad con lo

dispuesto por el Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud y al Convenio Unico de Desarrollo, los gobernadores de los estados presidirán los Consejos Internos de los Servicios Coordinados de Salud Pública.

ARTICULO 50. Para facilitar la elaboración, ejecución, control y evaluación del programa de descentralización, se establecerá un Comité de Operación del programaIMSS-COPLAMAR, que integrará un representante por la Secretaría de Programación y Presupuesto, por la Secretaría de la Contraloría General de la Federación, por la Secretaría de Salud, por la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, por la Secretaría de la Rcforma Agraria y por el propio Instituto Mexicano del Seguro Social, quien lo presidirá. Asimismo, se invitará a integrarse a dicho órgano a un representante de la Confederación Nacional Campesina, así como a representantes de otras organizaciones del sector social vinculadas al mencionado programa.

El Comité de Operación será un órgano de apoyo, seguimiento y evaluación de la prestación de los servicios IMSS-COPLAMAR.

ARTICULO 60. Conforme al Convenio Unico de Desarrollo los gobernadores de los estados presidirán los consejos estatales de vigilancia del IMSS-COPLAMAR, en los cuales participarán también los delegados de la Secretaría de Programación y Presupuesto, los jefes de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, los delegados de las Secretarías de Desarrollo Urbano y Ecologia y de la Reforma Agraria, y representantes de organizaciones del sector social relacionadas con el Programa IMSS-COPLAMAR. Los delegados estatales o regionales del Instituto Mexicano del Seguro Social se desempeñarán como secretarios ejecutivos de dichos consejos.

ARTICULO 70. La Secretaría de Salud, con la participación del Instituto Mexicano del Scguro Social, elaborará el Programa Nacional dc Atención a Población Abierta, al que se ajustarán los programas de la propia Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los programas estatales de atención a población abierta que con base en la coordinación programática de los servicios estipulada por el Convenio Unico de Desarrollo, elaboren los gobiernos locales.

ARTICULO 80. Para la realización de la etapa de descentralización a la que se refiere la fracción IV del artículo 20. del presente Decreto, el Ejecutivo Federal celebrará con los gobiernos de los estados Acuerdos de Coordinación para la Descentralización, que tendrán por objeto la elaboración y ejecución, de los programas estatales de descentralización correspondientes.

ARTICULO 90. Las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salud en sus respectivos ámbitos de competencia, harán el seguimiento y la evaluación, en cada una de sus etapas, del programa de descentralización de los servicios de salud para población abierta, así como de la operación de éstos, a efecto de que se introduzcan en éste las medidas correctivas que procedan.

ARTICULO 10. Los servicios de salud para población abierta se sujetarán a las normas técnicas que establezca la Secretaría de Salud.

ARTICULO 11. El programa de descentra-

lización de los servicios de salud y el Convenio que rige el Programa denominado IMSS-COPLAMAR, serán modificados a fin de que se adecúen a lo que previene el presente Decreto.

ARTICULO 12.* Los órganos administrativos desconcentrados por territorio de la Secretaría de Salud, denominados Servicios Coordinados de Salud Pública, a que se refieren los artículos 42, 43 Y 44 de su Reglamento Interior, se irán extinguiendo en forma gradual y progresiva en la medida en que se vaya consolidando la descentralización operativa y la integración orgánica de los servicios de salud en cada entidad federativa, sustituyéndose por la estructura administrativa que acuerde el gobierno estatal correspondiente, bajo cuya dirección, coordinación y conducción quedarán esos servicios, para que con los derivados del Programa IMSS-COPLAMAR se conformen los servicios estatales de salud.

Los Secretarios de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación, de Desarrollo Urbano y Ecología y de Salud, tomarán las medidas conducentes y realizarán los actos que se requieran, a efecto de extinguir, en la misma forma que la señalada en el párrafo anterior, los efectos del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR, que administra y opera el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como para convenir con éste los apoyos logísticos que deba proporcionar a los gobiernos de los estados, a fin de evitar deterioros en la operación de los servicios, de conseguir que se amplíe la cobertura y mejore la calidad de los mismos y se abatan duplicaciones y omisiones.

La Secretaría de Salud transferirá a los gobiernos de las entidades federativas los recursos de los Servicios Coordinados de Salud Pública, conforme se vaya realizando la entrega de los servicios de salud en cada entidad federativa, con sujeción a los acuerdos de coordinación que al efecto se suscriban y demás disposiciones aplicables.

Los recursos destinados al Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR, identificados por entidad federativa, serán transferidos a la Secretaría de Salud conforme se vaya realizando la entrega de los servicios a los gobiernos estatales, a fin de que por su conducto y con apoyo en la normativa que señale la Secretaría de Programación y Presupuesto, se transfieran a los gobiernos de las entidades federativas.

TRANSITORIOS

ARTICULO PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

ARTICULO SEGUNDO. En el término de 90 días a partir de la puesta en vigor de este Decreto, se presentarán al Ejecutivo Federal los fundamentos del programa que se previenen en el artículo 20. y los manuales e instructivos que sean necesarios para la coordinación programática de los servicios de salud.

***El artículo 12 se adicionó según Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación de 24 de junio de 1985.**

Decreto por el que se aprueba el programa sectorial de mediano plazo, denominado: Programa Nacional de Salud 1984-1988"

DECRETO POR EL QUE SE APRUEBA EL PROGRAMA SECTORIAL DE MEDIANO PLAZO, DENOMINADO: PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 19114-191111

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.s-Presidencia de la República.

MIGUEL DE LA MADRID H., Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere la fracción I del artículo 89 constitucional y con fundamento en los artículos 90., 32. 32 Bis, 39, 50 Y 51 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 90., 16, 17, 22, 23, 27, 28, 29, 30 Y 32 de la Ley de Planeación, y

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en sus artículos 25 y 26, establece que la planeación del desarrollo es tanto un método para racionalizar, conducir y ordenar el quehacer público y la actividad de la sociedad, como un ejercicio político en el que deben participar los distintos grupos sociales que componen la Nación;

Que en un estado social de derecho la planeación democrática es el medio más eficaz para asegurar que los poderes públicos rijan el desarrollo garantizándose así que sea integral, que fortalezca la soberanía nacional y el régimen democrático y que mediante el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos y grupos sociales;

Que el Plan Nacional de Desarrollo, emanado de una amplia consulta popular, contiene un capítulo sobre salud que proporciona los lineamientos y objetivos básicos de la progra-

* Diario Oficial de Ja Federación de 9 de agosto de 1984.

mación sectorial a partir del propósito de dar impulso a una sociedad más igualitaria;

Que el derecho de toda persona a la protección de la salud ha sido consagrado como garantía social en e! nuevo párrafo tercero de! artículo cuarto constitucional, a fin de dar renovado impulso a una sociedad más igualitaria en el ámbito de la salud y que para reglamentaria ha entrado en vigor la Ley General de Salud.

Que el Programa Nacional de Salud es fruto del Sistema Nacional de Planeación Democrática instituido por la Ley de Planeación y a través de él han participado en su formulación las entidades públicas y los sectores social y privado;

Que el nuevo marco jurídico de la salud y la estrategia de introducir cambios estructurales al sistema económico y social en la que descansa el Plan Nacional de Desarrollo, hacen necesario que se consolide un sistema nacional de salud, formado por las dependencias y entidades públicas que prestan servicios de salud y por los sectores social y privado, que coordinado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, permita e! incremento y e! uso más eficiente de los recursos para ampliar la cobertura y elevar la calidad de los servicios a fin de que e! derecho a la protección de la salud goce de creciente efectividad;

Que la operación eficiente de! Sistema Nacional de Salud requiere de que se sustenten en un proceso permanente de programación que permita disponer de un programa nacional de salud de mediano plazo al que se ajusten las dependencias y entidades públicas para que se desempeñe efectivamente como un instrumento normativo, racionalizador y disciplinario, de modo que guíe los ejercicios programático presupuestarios anuales, y de mediano plazo de las instituciones que integran el sector salud;

Que la planeación nacional de! desarrollo y un federalismo renovado conducen a que a través de la vertiente de coordinación se sumen los estados y los municipios a la ejecución, control, evaluación y actualización del programa nacional de salud;

Que la vocación democrática del Sistema Nacional de Planeación en una sociedad plural se garantiza mediante la participación social en las fases de elaboración, actualización y ejecución de los programas nacionales, por lo que se deberá buscar que con el uso de las vertientes de concertación los sectores social y privado contribuyan al logro de los objetivos y metas que .impulsen una sociedad más igualitaria en e! ámbito de la salud;

Que los instrumentos de política económica y social deben aplicarse en congruencia con el programa nacional de salud para que con sujeción a las disposiciones legales quc rijen la actividad pública, se induzcan en la sociedad las acciones quc coadyuven al logro dc los propósitos dc la programación nacional en salud;

Que el esfuerzo de los regímenes revolucionarios ha hecho posible que la cobertura de los servicios institucionales de salud represente cerca del 80 por ciento de la población, por lo que el programa nacional de salud contempla que con un sistema nacional de salud eficiente sc amplíc de manera importante esa cobertura y se mejore la calidad de los servicios.

Que el programa nacional de salud se ha articulado a partir de las estrategias básicas de

descentralización, sectorización, **modernizaci**ón administrativa, coordinación intersectorial y participación de la comunidad para lograr el propósito básico de mejorar el nivel de salud de la población, procurando tender a la cohertura total de los servicios con calidad ·básica homogénea y fortalecer las acciones dirigidas a los grupos más desfavorecidos así como promover la protección social de los desamparados;

Que la descentralización de los servicios de salud que previene el programa nacional de salud llevará a la integración de sistemas estatales de salud bajo la gestión de las autoridades locales, que elevarán la eficiencia y harán posible que las necesidades populares sean mejor atendidas;

Que el agrupamiento de las entidades paraestatales que prestan servicios de salud coadyuvará a que se mejore la coordinación y se propicie el apoyo recíproco y mayores niveles de productividad en bien de la población;

Que la modernización de las estructuras y procedimientos facilitará las tareas de la autoridad sanitaria y un funcionamiento más flexible y racional;

Que con la coordinación intersectorial se vincularán más estrechamente las acciones del sector salud con las del resto de las dependencias y entidades públicas a efecto de que la actividad de éstas contribuya más al logro de los objetivos y metas programadas en salud;

Que con la participación de la comunidad se refuerza el carácter democrático de la planeación y se hacen más eficaces las acciones de salud dentro de un marco de responsabilidad ciudadana y autocuidado,

Que para dar cumplimiento a lo dispuesto por el artículo Decimoquinto del Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y en los términos de la Ley de Planeación, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el marco del Sistema Nacional de Planeación Democrática, ha elaborado el Programa Nacional de Salud 1984-1988, el cual ha sido sometido por la misma, a la consideración del Ejecutivo a mi cargo, previo dictamen emitido por la Secretaría de Programación y Presupuesto, he tenido a bien expedir el siguiente

DECRETO

ARTICULO PRIMERO. Se aprueba el programa sectorial de mediano plazo denominado Programa Nacional de Salud 1984-1988.

ARTICULO SEGUNDO. Dicho Programa es de observancia obligatoria para las dependencias de la Administración Pública Federal en el ámbito de sus respectivas atribuciones y, conforme a las disposiciones legales aplicables, será igualmente obligatorio para las entidades de la Administración Pública Federal.

ARTICULO TERCERO. En el marco de los Convenios Unicos de Desarrollo se propondrá a los Gobiernos de los Estados, la ejecución de las acciones que habrán de realizarse en cada entidad federativa y que competan a ambos órdenes de gobierno, considerando la partici. pación que corresponda de los municipios interesados y conforme a los procedimientos, criterios y lineamientos que para tal efecto establezca la Secretaría de Programación y Presupuesto.

ARTICULO CUARTO. Conforme a las disposiciones de la Ley de Planeación y en el

marco del Sistema Nacional de Planeación Democrática, la Secretaría de Salubridad y Asistencia. atendiendo los criterios generales que establezca la Secretaría de Programación y Presupuesto, promoverá y coordinará la concertación de acciones con los grupos sociales o particulares interesados, así como las que lleven a cabo las entidades paraestatales agrupadas en el sector que coordina y las que correspondan a otras dependencias y entidades para la ejecución de este Programa.

ARTICULO QUINTO. La Secretaría de Salubridad y Asistencia inducirá las acciones de los sectores social y privado en materia de salud y aplicará instrumentos de política de acuerdo con los objetivos, prioridades y metas previstos en el Programa y en congruencia con lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo. Igualmente, las demás dependencias de la Administración Pública Federal, en el ámbito de sus re-peetivas competencias, observarán lo previsto en este artículo.

ARTICULO SEXTO. La Secretaría de Programación y Presupuesto proyectará los recursos presupuestales necesarios para el eficaz cumplimiento de los objetivos del Programa en congruencia con las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo y en el contexto de la programación anual del gasto público.

ARTICULO SEPTIMO. La Secretaría de Salubridad y Asistencia, con la intervención que corresponda a la Secretaría de Programación y Presupuesto, verificará periódicamente, a través de los instrumentos de evaluación, el avance del Programa, los resultados de su ejecución y su incidencia en la consecución de los objetivos y prioridades del Plan Nacional de Desarrollo y realizará las acciones necesarias para corregir las desviaciones detectadas y reformar, en su caso, el Programa mencionado.

ARTICULO OCTAVO. Si de las verificaciones a que se refiere el artículo anterior se observan hechos que contravengan las disposiciones de la Ley de Planeación, los objetivos y prioridades del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y lo previsto en este Decreto, se procederá al fincamiento de las responsabilidades a que haya lugar, en los términos de la propia Ley de Planeación y de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

ARTICULO NOVENO. La Secretaría de la Contraloría General de la Federación vigilará el cumplimiento de las obligaciones derivadas de las disposiciones contenidas en este Decreto.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Publíquese en el Diario Oficial de la Federación, el Programa Nacional de Salud y, en su caso, sus modificaciones.

TERCERO. Se derogan todas aquellas disposiciones que se opongan al presente ordenamiento.

Dado en la residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la ciudad de México, Distrito Federal, a los siete días del mes de agosto de mil novecientos ochenta y cuatro.-Miguel de la Madrid H. -Rúbrica.-El Secretario de Programación y Presupuesto, Carlos Salinas de Gortari.—Rúbrica.—El Sccretario de la Contraloría General de la Federación, Francisco Rojas Gutiérrez.-Rúbrica.-El Secretario de Salubridad y Asistencia, Guillermo Soberón Acevedo.-Rúbrica.

Decreto presidencial por el que se reforma y adiciona la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal"

Dictamen de la Cámara de Senadores
de 4 de diciembre de 1984

A las Comisiones Unidas que suscriben les fue turnada la Iniciativa de Ley remitida por el Ciudadano Presidente de la República, tendiente a reformar los artículos 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con *el* objeto de que *la* actual Secretaría de Salubridad y Asistencia se convierta en Secretaría de Salud y, además, incluir en el artículo 39 de *la* referida Ley, *las* atribuciones que *la* Ley General de Salud confiere a la citada Secretaría de Estado.

La salud como condición imprescindible para el bienestar de la población es preocupación prioritaria para el Estado, y fue causa directa de *la* reforma introducida a nuestra ley fundamental, para elevar a rango constitucional el derecho a la protección de la salud.

"Díctémence de las Cámaras de Senadores y de Diputados de 4 y **19** de diciembre de 1984.

Por lo que se refiere al cambio de denominación de la actual Secretaría de Salubridad y Asistencia, debemos reconocer que el cambio de nombre sólo persigue el objetivo de ser congruente con las reformas aludidas y clarificar, en forma abreviada, la esencial finalidad de dicha Secretaría de Estado. En consecuencia, al no alterar su cuadro competencial y al ser más expresiva la denominación propuesta, las Comisiones Dictaminadoras estiman procedente el cambio de denominación.

Por lo que se refiere a las reformas propuestas al artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en el que se detallan las atribuciones genéricas de la Secretaría de Estado que nos ocupa, las Comisiones que suscriben consideran que son congruentes con la debida prestación de los servicios de salud, de atención médica y de asistencia social, que corresponde a la citada Secretaría de Estado, misma que, por otra parte, debe coordinar, planear y normar los servicios de salud prestados por los sectores social y privado y,

en general, dictar las normas técnicas reglamentarias para que los servicios de salud- se presten con eficiencia y oportunidad. Por consecuencia, resulta procedente la introducción de las adiciones propuestas, por cuanto que viene a precisar en una Ley Orgánica, la de la Administración Pública Federal, atribuciones ya conferidas a la dependencia del Ejecutivo que nos ocupa, por la Ley General de Salud.

Dictamen de la Cámara de Diputados
de **19** de diciembre de 1984

De acuerdo con la nueva Ley, la Secretaría de Salubridad y Asistencia asume la función de **autoridad sanitaria en lo concerniente a todo** tipo de servicios de salud, los que quedan sujetos al control y a las normas técnicas de esta dependencia.

Dada la nueva legislación es necesario concluir la etapa legal y administrativa iniciada en 1943 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para modificar su denominación y conciliar las **competencias que a** esta dependencia le otorga la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal con las que le atribuye la mencionada Ley General de Salud.

Los lérminos "derecho **a la protección de la salud'** y "servicios de salud.", utilizados **por** el artículo 40. Constitucional y su Ley Reglamr-uturia, **motivan que la** Seerr-tarfa **de Salu**hridar! **y** Asistencia **se denomine, en lo sucesivo,** Secretaría dr: Salud, para ajustarse más a la **concepción y** cobertura **de la nueva garantía** social y de los diversos componentes a! Sistema Naciona! de Salud.

Cabe destacar el énfasis que en las fracciones del artículo 39 que se propone modificar, se otorga al Sistema Naciana! de Salud, a los servicios de salud y a la vigilancia del cumplimiento de la Ley General de Salud, así como a la facultad de la Secretaría para dictar las normas técnicas a que qucdará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de salubridad general,

Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social"

LEY SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOCIAL

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-Presidencia de la República.

MIGUEL DE LA MADRID H., Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes, sabed:

Que el H. Congreso de la Unión se ha servido dirigirme el siguiente

DECRETO

El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, decreta:

LEY SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOCIAL

"Diario Oficial de- la l-odcración de 9 de enero de 1986.

CAPITULO PRIMERO

Disposiciones Generales

ARTICULO 10_ La presento l.ev regirá cnloda la República, sus disposiciones son de orden público e interés -ociul y tiene por objeto establecer las bases y procr-dimir-nto- de un sistema nacional de asistencia social que promueve la prestación de los servicios de asistencia social que establece la Ley General de Salud y coordine el acceso de los mismos, garantizando la concurrencia y colaboración de la Federación, las entidades Federativas y los sectores social y privado.

ARTICULO 20. El Estado en forma prioritaria proporcionará servicios asistenciales encaminados al desarrollo integral de la familia, entendida ésta como la célula de la sociedad que provee a sus miembros de los elementos que requieren en las diversas circunstancias de

su desarrollo, y también a apoyar, en su formación y subsistencia, a individuos con carencias familiares esenciales no superables en forma autónoma por ellos.

ARTICULO 30. Para los efectos de esta ley, se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan 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.

ARTICULO 40. En los términos del artículo anterior de esta Ley, son sujetos de la recepción de los servicios de asistencia social preferentemente los siguientes:

I. Menores en estudo de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos al maltrato;

II. Menores infractores;

lII. Alcohólicos, farmacodependientes o individuos en condiciones de vagancia;

IV. Mujeres en periodo de gestación o lactancia.

V. Ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato;

VI. Inválidos por causa de ceguera, debilidad visual, sordera, mudez, alteraciones del sistema neuro.musculoesquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje u otras deficiencias.

VII. Indigentes;

VIII. Personas que por su extrema ignorancia requieran de servicios asistenciales;

IX. Víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono;

X. Familiares que dependen económicamente de quienes se encuentren detenidos por causas penales y que queden en estado de abandono.

Xl, Habitantes del medio rural o del urbano marginados que carezcan de lo indispensable para su subsistencia, y

XII. Personas afectadas por desastres.

ARTICULO So. La prestación de los servicios de asistencia social que establece la l.ey General de Salud, que sean de jurisdicción federal, se realizará por las dependencias del Ejecutivo Federal competentes, cada una según la esfera de sus atribuciones, así como por las entidades de la Administración Pública Federal y por las instituciones que tengan entre sus objetivos la prestación de esos servicios, de conformidad con lo que disponen las leyes respectivas.

ARTICULO 60. De acuerdo a lo dispuesto en la Ley General de Salud corresponde a los gobiernos de las entidades federativas en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social, con base en las normas técnicas que al efecto expida la Secretaría de Salud.

ARTICULO 70. Los servicios de salud en materia de asistencia social que presten la Federación, los estados, loe municipios y los sectores social y privado, forman parte del Sistema Nacional de Salud.

Los que se presten en los Estados por los gobiernos locales y por los sectores social y privado, formarán parte de los Sistemas Estatales de Salud en lo relativo a su régimen local.

ARTICULO 80. En los términos del aro **tículo anterior, los servicios de salud, en materia en asistencia social que se presten como** servicios públicos a la población en general, por las instituciones de seguridad social y los de carácter social y privado, se seguirán rigiendo por los ordenamientos específicos que les son aplicables y supletoriamente por la presente Ley.

ARTICULO 90. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud en materia de asistencia social contribuirán al logro de los siguientes objetivos:

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

n. Definir criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización, de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura, y

lll. Establecer y llevar a cabo conjuntamcnte programas interinstitucionales que aseguren la atención integral de los grupos sociales vulnerables.

ARTICULO 10. La Secretaría de Salud, en su carácter de autoridad sanitaria, tendrá respecto de la asistencia social, como materia de salubridad general, las siguientes atribuciones:

1. Formular las normas técnicas que rijan la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social, así como la difusión y actualización de las mismas entre los integrantes del Sistema Nacional de Salud, y

11. Vigilar el estricto cumplimiento de esta Ley, así como las disposiciones que se dicten con base en ella, sin perjuicio de las facultades que en la materia competan a otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y a los gobiernos y entidades de los Estados.

ARTICULO 11. La Secretaría de Salud, en su carácter de autoridad sanitaria, directamente o a través del Organismo, tendrá respecto de la asistencia social como materia de salubridad general, las siguientes atribuciones:

1. Supervisar la debida aplicación de las normas técnicas que rijan la prestación de los servicios de **salud** en esta **materia, así tomo eva**luar los resultados de los servicios asistenciales **que se presten conforme a las mismas;**

11. Apoyar la coordinación entre las instituciones que presten servicios de asistencia social y las educativas para formar y capacitar recuro sos humanos en la materia;

\11. Promover la investigación científica y tecnológica que tienda a desarrollar y mejorar la prestación de los servicios asistenciales en materia de salubridad general;

IV. Coordinar un sistema de información **nacional en materia de asistencia social;**

V. Coordinar a través de los acuerdos respectivos, en el marco del Convenio Unico de Desarrollo, con las entidades federativas, la prestación y promoción de los servicios de **salud en materia de asistencia social;**

VI. Concertar acciones con los sectores social y privado, mediante convenios y contratos en que se regulen la prestación y promo· eión de los servicios de salud en materia de asistencia social, con la participación que corresponda a otras dependencias o entidades;

VII. Coordinar, evaluar y dar seguimiento a los servicios de salud que en materia de asistencia social presten las instituciones a que se refiere el artículo 34 fracción II de la Ley General de Salud;

VIII. Realizar investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de **asistencia** social, y

IX. Las demás que le otorga la Ley General de Salud.

ARTICULO 12. Para los efectos de este ordenamiento, se entiende como servicios básicos de salud en materia de asistencia social,los siguientes:

1. Los señalados en el artículo 168 de la Ley General de Salud;

II. La prevención de invalidez y la rehabilitación de inválidos;

III. La orientación nutricional y la alimentación complementaria a personas de escasos **recursos y a población de zonas marginadas;**

IV. La promoción del desarrollo, el mejoramiento y la integración familiar;

V. El desarrollo comunitario en localidades y zonas social y económicamente marginadas;

VI. La promoción e impulso del sano crecimiento físico, mental y social de la niñez;

VII. El establecimiento y manejo del sistema nacional de información básica en materia de asistencia social;

VIII. La colaboración y auxilio a las autoridades laborales, competentes en la vigilancia y aplicación de la legislación laboral aplicable a los menores.

IX. El 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; y

X. Los análogos y conexos a los anteriores que tiendan a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral.

CAPITULO SEGUNDO

Del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

ARTICULO 13. El organismo a que se refiere el artículo 172 de la Ley General de Salud se denomina Sistema Naciona! para el Desarrollo Integral de la Familia. Es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios y tiene como objetivos la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, la promoción de la interrelación sistemática de acciones que en la materia lleven a cabo las instituciones públicas, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables.

ARTICULO 14. Cuando en este ordenamiento se haga mención a! Organismo se entenderá hecha a! Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

ARTICULO 15. El organismo para el logro de sus objetivos realizará las siguientes funciones:

1. Promover y prestar servicios de asistencia **social;**

11. Apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad:

111. Realizar acciones de apoyo educativo,

para la integración social y de capacitación para el trabajo a los sujetos de la asistencia social;

IV. Promover e impulsar el sano crecimiento físico, mental y social de la niñez;

V. Proponer a la Secretaría de Salud en su carácter de Administradora del Patrimonio de la Beneficencia Pública, programas de asistencia social que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen;

VI. Fomentar y apoyar a las asociaciones o sociedades civiles y a todo tipo de entidades privadas cuyo objeto sea la prestación de scrvicios de asistencia sor.ial, sin pcrju k-io de las atribuciones que al efecto correspondan a otras dependencias;

V11. Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos desamparados y de minusválidos sin recursos;

V111. Llevar a cabo acciones en materia de prevención de invalidez y de rehabilitación de inválidos, en centros no hospitalarios con sujeción a la Ley General de Salud;

IX. Realizar estudios e investigaciones sobre asistencia social, con la participación, en su «uso. de lus au toridudr-s usistcnciales de las entidades federativas y de los municipios;

X. Realizar y promover la capacitación de recursos humanos para la asistencia social;

Xl, Participar con la Secretaría de Salud en el Sistema Nacional de Información sobre la Asistencia Social;

XII. Prestar servicios de asistencia jurídica y de orientación social a menores, ancianos y minusválidos sin recursos;

Xlll, Apoyar el ejercicio de la tutela de los incapaces, que corresponda al Estado, en los términos de la Ley respectiva;

XIV. Poner a disposición del Ministerio Público los elementos a su alcance en la protección de incapaces y en los procedimientos civiles y familiares que les afecten, de acuerdo con las disposiciones legales correspondientes;

XV. Realizar estudios e investigaciones en materia de invalidez;

XV1. Participar en programas de rehabilitación y educación especial, y

XV11. Las demás que establezcan las disposiciones aplicables en la materia.

ARTICULO 16. En casos de desastre, como inundaciones, terremotos, derrumbes, explosiones, incendios y otros de naturaleza similar por los que se causen daños a la población, el Organismo, sin perjuicio de las atribuciones que en auxilio de los damnificados lleven a eabo otras dependencias y entidades, promoverá la atención y coordinación de las acciones de los distintos sectores sociales que actúen en beneficio de aquéllos en el ámbito de su competencia.

ARTICULO 17. En la prestación de servicios y en la realización de acciones, el Organismo actuará en coordinación con dependencias y entidades federales o locales, según la competencia que a éstas otorgan las Leyes.

Promoverá, como conducto de la Secretaría de Salud y coordinadamente con los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional, para las personas que sufran cualquier tipo de invalidez, así como acciones que faciliten la disponibilidad y adaptación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales.

El **Organismo** observará **una vinculación** sistemática entre los servicios de rehabilitación y asistencia social que preste y los que propor. cionen los establecimientos del Sector Salud.

ARTICULO 18. El patrimonio del Organis. mo se integrará con:

1. Los derechos y bienes muebles e inmuebles que actualmente son de su dominio:

11. Los subsidios, subvenciones, aportaciones, bienes y demás ingresos que las dependencias y entidades de la Administración Púo blica le otorguen;

III. Las aportaciones, donaciones, legados y demás liberalidades que reciba de personas fío sicas o morales;

IV. Los rendimientos, recuperaciones, bienes, derechos y demás ingresos que le generen sus inversiones, bienes y operaciones;

V. Las concesiones, permisos, licencias y autorizaciones que se le otorguen conforme a la ley, y

VI. En general, los demás bienes, derechos e ingresos que obtenga por cualquier título.

ARTICULO 19. Para el estudio, planeación y despacho de los asuntos que le competen, el Organismo contará con los siguientes órganos superiores:

1. Patronato;

JI. Junta de Gobierno, y

III. Dirección General.

La vigilancia de la operación del Organismo quedará a cargo de un Comisario.

ARTICULO 20. El Patronato estará integrado por once miembros designados y removidos libremente por el Presidente de la República, por conducto del Secretario de Salud. El Titular de dicha Secretaría y el Director General del Organismo representarán a la Junta de Gobierno ante el Patronato, cuyos miembros no percibirán retribución, emolumento o compen. **sación alguna, y se seleccionarán de entre los** sectores público, social y privado.

ARTICULO 21. El Patronato tendrá las siguientes facultades:

1. Emitir opinión y recomendaciones sobre los planes de labores, presupuestos, informes y estados financieros anuales del Organismo;

11. Apoyar las actividades del Organismo y formular sugerencias tendientes a su mejor de**sempeño;**

11L Contribuir a la ohtcm.ión de recursos que permitan el incremento del patrimonio del Organismo y el cumplimiento cabal de su objeto;

1V. Designar a su Presidente y al Secretario de Sesiones, y

V. Las demás que sean necesarias para el ejercicio de las facultades anteriores.

ARTICULO 22. El Patronato celebrará dos sesiones ordinarias al año y las extraordinarias que se requieran de conformidad con el Regla. mento respectivo.

ARTICULO 23. La Junta de Gobierno estará integrada por el Secretario de Salud, quien la presidirá, por los Titulares de las Secretarías de Gobernación, de Hacienda y Crédito Púhlico, de Programación y Presupuesto, de Educación Pública, del Trabajo y Previsión Social, del Departamento del Distrito Federal, dc la Procuraduría General de la República, de la Procura-

duría General de Justicia del Distrito Federal, y de los Directores Generales de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabaja. dores del Estado, de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública, de Pronósticos para la Asistencia Pública y del propio Organismo.

Los miembros de la Junta de Gobierno serán suplidos por los representantes que al efecto designen cada uno de los miembros propietarios de la misma.

La Junta de Gobierno contará con un Secretario Técnico, designado por la misma a propuesta del Director General.

ARTICULO 24. La Junta de Gobierno tendrá las siguientes facultades:

1. Representar al Organismo con las facultades que establezcan las leyes para actos de dominio y de administración y para pleitos y cobranzas;

II. Aprobar los planes de labores, presupuestos, informes de actividades y estados financieros anuales;

III. Aprobar el Reglamento Interior, la organización general del Organismo y los Manuales de Procedimientos y de Servicios al Público;

IV. Designar y remover, a propuesta del Director General del Organismo, a los Subdirectores Generales, así como al Oficial Mayor, Contralor Interno y Directores;

V. Conocer los informes, dictámenes y recomendaciones del Comisario y del Auditor Externo;

VI. Aprobar la aceptación de herencias, legados, donaciones y demás liberalidades;

VII. Estudiar y aprobar los proyectos de inversión;

VIII. Conocer y aprobar los Convenios de Coordinación que hayan de celebrarse con dependencias y entidades públicas;

IX. Determinar la integración de Comités Técnicos y grupos de trabajo temporales;

X. Aprobar los programas de mediano plazo a que quedarán sujetos los servicios de salud en materia de asistencia social que preste el Organismo, en base a los programas sectoriales y prioridades presupuestales a que esté sujeto, y

XI. Las demás que sean necesarias para el ejercicio de las facultades anteriores.

ARTICULO 25. La Junta de Gobierno podrá integrar los Comités Técnicos necesarios para el estudio y propuesta de mecanismos que aseguren la coordinación interinstitucional en la atención de las tareas asistenciales y para elevar las propuestas que estimen necesarias a la Junta. Estos Comités estarán formados por los representantes que al efecto designen las dependencias y entidades competentes.

ARTICULO 26. La Junta de Gobierno celebrará sesiones ordinarias bimestrales y las extraordinarias que se requieran de conformidad con el Reglamento respectivo.

ARTICULO 27. El Director General será ciudadano mexicano por nacimiento, mayor de treinta años de edad y con experiencia en materia administrativa y de asistencia social.

El Presidente de la República designará y removerá libremente al Director General.

ARTICULO 28. El Director General tendrá las siguientes facultades:

1. Ejecutar los acuerdos y disposiciones de la Junta de Gobierno;

11. Presentar a la Junta de Gobierno, los informes y estados financieros bimestrales, acompañados de los comentarios que estime pertinentes a los reportes, informes y recomendaciones que al efecto formulen el Comisario y el Auditor Externo;

111. Presentar al conocimiento y aprobación de la Junta de Gobierno, los planes de labores, presupuestos, informes de actividudes y estados financieros anuales del Organismo;

IV. Proponer a la Junta de Gobierno la designación y remoción de los Subdirectores Generales, del Oficial Mayor, del Contralor Interno y de los Directores, así como designar y remover libremente a los demás servidores públicos del Organismo;

V. Expedir o autorizar la expedición de nombramientos del personal y llevar las relaciones laborales de acuerdo con las disposiciones legales;

VI. Planear, dirigir y controlar el funcionamiento del Organismo con sujeción a las instrucciones de la Junta de Gobierno;

VII. Celebrar los convenios, contratos y actos jurídicos que sean indispensables para el cumplimiento de los objetivos del Organismo;

VIII. Actuar en representación del Organismo, con facultades generales para actos de administraeión, para pleitos y cobranzas, así corno aquellos que requieran cláusula especial conforme a las leyes, y

IX. Las demás que sean necesarias para el ejercicio de las anteriores.

ARTICULO 29. El Comisario será designado por la Secretaría de la Contraloría General de la Federación, será ciudadano mexicano por nacimiento y con experiencia profesional no menor de cinco años.

ARTICULO 30. El Comisario tendrá las siguientes facultades:

1. Vigilar que la administración de los recursos y el funcionamiento del Organismo, se hagan de acuerdo con lo que dispongan esta Ley y los programas y presupuestos aprobados;

11. Practicar las auditorías de los estados financieros y las de carácter administrativo que se reqUieran;

111. Recomendar a la Junta de Gobierno y al Director General, las medidas preventivas y correctivas que sean convenientes para el mejoramiento del Organismo;

IV. Asistir a las sesiones del Patronato y de la Junta de Gobierno, y

V. Las demás que otras leyes le atribuyan y las que sean necesarias para el ejercicio de las anteriores.

ARTiCULO 31. El Organismo recomendará y promoverá el establecimiento de organismos similares en las distintas entidades federativas y municipios, a los cuales prestará apoyo y colaboración técnica y administrativa en materia de asistencia social.

ARTiCULO 32. La Secretaría de Salud y el Organismo conforme a sus respectivos ámhitos de competencia, promoverán que las dependencias y entidades destinen los recursos necesarios a los programas de servicios de salud en materia de asistencia social.

ARTiCULO 33. El Organismo podrá emitir opinión sobre el otorgamiento de subsidios a instituciones públicas o privadas que actúen en el campo de la asistencia social.

ARTICULO 34. Las relaciones de trabajo entre el Organismo y sus trabajadores, se regirán por la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Reglamentaria del Apartado "B" del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

ARTICULO 35. Los trabajadores del Organismo estarán incorporados al régimen de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

CAPITULO TERCERO

De la Coordinación y Concertación

ARTICULO 36. Con el propósito de asegurar la adecuada coordinación de acciones en el ámbito de la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social y con el objeto de favorecer prioritariamente a los grupos sociales más vulnerables, en los términos del Sistema Nacional de Planeación y de la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud, a través del Organismo, celebrará acuerdos y concertará acciones con los sectores público. social y privado de las entidades federativas.

ARTICULO 37. Con el objeto de ampliar la cobertura y la calidad de los servicios de salud en materia de asistencia social en las entidades federativas y los municipios, la Secretaría de Salud, a través del Organismo, promoverán la celebración de convenios entre los distintos niveles de gobierno, a fin de:

I. Establecer programas conjuntos;

JI. Promover la conjunción de los niveles de gobierno en la aportación de recursos financieros:

IJI. Distribuir y coordinar acciones entre las partes, de manera proporcional y equitativa;

IV. Procurar la integración y fortalecimiento de los regímenes de asistencia privada, y

V. Consolidar los apoyos a los patrimonios de la Beneficencia Pública de las entidades federativas,

ARTICULO 38. La Secretaría de Salud, a través del Organismo, en el marco de los Convenios Unicos de Desarrollo, podrá pactar con los gobiernos de las entidades federativas y a través de éstos con los municipios, las acciones que tengan por objeto promover e impulsar la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social.

ARTICULO 39. La Secretaría de Salud, directamente o a través del Organismo, promoverá ante los gobiernos locales el establecimiento de los mecanismos idóneos que permitan una interrelación sistemática a fin de conocer las demandas de servicios básicos de salud, en materia de asistencia social, para los grupos sociales vulnerables y coordinar su oportuna atención.

ARTICULO 40. La Secretaría de Salud, a través del Organismo, promoverá ante las autoridades estatales y municipales la creación de organismos locales, para la realización de uccioues en materia de prestación de servicios asistenciales para el desarrollo integral de la familia, que cumplan funciones similares a las de aquél.

ARTICULO 41. El Estado con el objeto de ampliar la cobertura de los servicios de salud de asi-tr-ncia social. fincurlo- en la solidaridad ciudadana, promoverá en todo el país, la creación de asociaciones de asistencia privada, fundaciones y otras similares, las que con sus pro-

pios recursos o con liberalidades de cualquier naturaleza que aporte la sociedad en general y con sujeción a los ordenamientos que las rijan, presten dichos servicios.

En todo caso, la Secretaría de Salud emitirá las normas técnicas que dichas instituciones deberán observar en la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social. El Organismo les prestará la asesoría técnica necesaria y los apoyos conducentes.

ARTICULO 42. A propuesta del Organismo, la Secretaría de Salud promoverá ante las autoridades correspondientes el otorgamiento de estímulos fiscales, para inducir las acciones de los sectores social y privado en la prestación de servicios de salud en materia de asistencia social.

ARTICULO 43. El Gobierno Federal, directamente o a través del Organismo y de las dependencias y entidades competentes, propiciará la concertación de acciones en materia de asistencia social, con los sectores social y privado, mediante la celebración de convenios y contratos los que se ajustarán a las siguientes bases:

I. Definición de las responsabilidades que asuman los integrantes de los sectores social y privado;

II. Determinación de las acciones de orientación, estímulo y apoyo que llevará a cabo el Gobierno Federal;

III. Fijación del objeto, materia y alcances jurídicos de los compromisos que asuman las partes con reserva de las funciones de autoridad que competan al Gobierno Federal, y

IV. Expresión de las demás estipulaciones que de común acuerdo establezcan las partes.

ARTICULO 44. El Estado promoverá la organización y participación de la comunidad en la atención de aquellos casos de salud, que por sus características requieran de acciones de asistencia social basadas en el apoyo y solidaridad social, así como el concurso coordinado de las dependencias y entidades públicas, específicamente en el caso de comunidades afectadas de marginación.

La Secretaría de Salud y el Organismo pondrán especial atención a los casos de menores en estado de abandono y de incapacitados física o mentalmente.

ARTICULO 45. La Secretaría de Salud directamente o a través del Organismo, promoverá la organización y participación de la comunidad para que, en base al apoyo y solidaridad sociales, coadyuve a la prestación de servicios asistenciales para el desarrollo integral de la familia.

Dicha participación será a través de las siguientes acciones:

I. Promoción de hábitos de conducta y de valores superiores que contribuyan a la protección de los grupos vulnerables, a su superación y a la prevención de invalidez;

II. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas básicas de asistencia social y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud en materia de asistencia social, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;

III. Notificación de la existencia de personas que requieran de asistencia social cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas;

IV. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de asistencia social, y

V. Otras actividades que coadyuven a la protección de la salud.

ARTICULO 46. La participación de la comunidad a que se refiere el artículo anterior, tiene por objeto fortalecer su estructura propiciando la solidaridad ante las necesidades reales de la población.

TRANSITORIOS

PRIMERO. Esta Ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Se abroga el "Decreto por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, creado por Decreto de 10 de enero de 1977, se sujetará a las disposiciones que se indican", publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 21 de diciembre de 1982, así como las demás disposiciones que se opongan a lo dispuesto por esta Ley.

México, D.F., a 19 de diciembre de 1985.- Sen. Socorro Díaz Palacios, Presidenta.- Dip. Fernando Ortiz Arana, Presidente.-Sen. Luis José Dorantes Segovia, Secretario.-Dip. Reyes R. Flores Zaragoza, Secretario.-Rúbricas.

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la residencia del Poder Ejecutivo Federal en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veinte días del mes de diciembre de mil novecientos ochenta y cinco.- Miguel de la Madrid H.- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, Manuel Bartlett D.- Rúbrica.-EI Secretario de Salud, Guillermo Soberón Acevedo.-Rúbrica.

Acuerdo sobre la integración del Consejo Nacional de Salud"

ACUERDO SOBRE LA INTEGRACION DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-Presidencia de la República.

MIGUEL DE LA MADRID H., Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en los artículos 16, 33 de la Ley de Planeación; 50., 60., 70., 90. de la Ley General de Salud; 27, 32 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y

CONSIDERANDO

Que el párrafo tercero del artículo 40. Constitucional consagra la garantía social del derecho a la protección dc la salud y establece la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general;

Que la Ley de Planeación establece que el Ejecutivo Federal podrá coordinarse con los gobiernos de las entidades federativas a fin de que dichos gobiernos participen en la Planeación Nacional de Desarrollo; coadyuven en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones a la consecución de los objetivos de la planeaeión nacional y para que las acciones a realizarse por la Federación y los Estados se planteen de manera conjunta;

Que la propia Ley señala que para la elaboración de los programas sectoriales, las dependencias de la Administración Pública Federal deberán tomar en cuenta las propuestas que presenten las entidades del sector y los gobiernos de los Estados;

Que tanto la Ley Orgánica de la Adminis-

*Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 1986.

tración Pública Federal, como la Ley General de Salud, disponen que la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud;

Que de acuerdo a lo dispuesto por la misma Ley, los gobiernos de las entidades federativas deberán coadyuvar en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud, a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud;

Que la propia Ley dispone que la Federación y los gobiernos de las entidades federativas, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, aportarán los recursos materiales, humanos y financieros que sean neceo sarios para la operación de los servicios de salubridad general;

Que una de las estrategias rectoras del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, se encuentra encaminada a hacer más democrático y eficiente el sistema social y a dar mayor participación a las entidades federativas en el desarrollo;

Que el Programa Nacional de Salud 1984. 1988 establece que la descentralización y la modernización administrativa, son estrategias que responden al propósito de hacer más racionales la estructura y funcionamiento de las dependencias y entidades, a fin de que cumplan mejor su cometido;

Que tanto la descentralización como la modernización administrativa establecen, dentro de sus líneas de acción, el diseñar y operar mecanismos y bases para la adecuada vinculación entre los programas sectoriales, regionales e institucionales, en sus modalidades de corto y mediano plazos;

Que el Convenio Unico de Desarrollo suscrito por el Ejecutivo Federal con los gobiernos de las diversas entidades federativas, tiene por objeto el coordinar las acciones entre el Ejecutivo Federal y los diversos ejecutivos estatales, para lograr el cumplimiento de las prioridades nacionales en el marco de la política regional del Plan Nacional de Desarrollo;

Que en el propio Convenio Unico de Desarrollo se estipula en el ámbito de las prioridades sectoriales, que los Ejecutivos Federal y Estatales deberán realizar acciones y conjugar esfuerzos para mejorar las condiciones de salud de la población en las entidades federativas;

Que el 30 de agosto de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto que establece bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy de Salud, sujetándolo a los lineamientos del Ejecutivo Federal, a las normas de desarrollo regional y a los acuerdos de coordinación que conforme al Convenio Unico de Desarrollo, se celebren con los gobiernos de las entidades federativas;

Que el 8 de marzo de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se ordena la descentralización a los gobiernos estatales, de los servicios de salud que presta la Secretaría de Salud en los Estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social. En este instrumento se señala que en 1985 se iniciará gradualmente la descentralización de los servicios de salud, para concluir el proceso en 1986;

Que el anterior Decreto fue adicionado por el diverso del 24 de junio de 1985, en el cual se establece que en la medida que se vaya consolidando la descentralización operativa y la integración orgánica de los servicios de salud en cada entidad federativa, se irán extinguiendo los órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud denominados Servicios Coordinados de Salud Pública, sustituyéndose por las estructuras administrativas que acuerden los gobiernos de las entidades federativas, para que con estos servicios y los inscritos en el Programa IMSS-COPLAMAR, se integren los servicios estatales de salud;

Que el federalismo propende y propicia la existencia de fórmulas de cooperación mutua, a las que se inscriban los gobiernos de las entidades federativas, dentro de una correcta distribución de competencia en tareas afines que robustezcan el Pacto Federal;

Que es necesario instituir un Consejo con la Secretaría de Salud y a cuya formación se invitará, por conducto de los Gobernadores de los Estados, a los titulares de los Servicios Estatales de Salud integrados con los servicios de salud que se les han descentralizado, a fin de apoyar el debido cumplimiento del Programa Nacional de Salud en cada entidad federativa; la participación en la consolidación del Sistema Nacional de Salud; el análisis de la programación y presupuestación de la salud pública; la concertación de mecanismos de cofinanciamiento y la evaluación de la prestación de servicios; he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO SOBRE LA INTEGRACION DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

ARTICULO PRIMERO. Dentro de la vertiente de coordinación del Sistema Nacional de Planeación Democrática, así como del Sistema Nacional de Salud y en el marco del Convenio Unico de Desarrollo y de los Acuerdos de Coordinación para la Integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud para Población Abierta, la Secretaría de Salud, con la intervención que corresponda a las Secretarías de Gobernación y de Programación y Presupuesto y por conducto de los Gobernadores de los Estados, invitará a los titulares de los Servicios Estatales de Salud a que formen parte del Consejo Nacional de Salud, el cual será una instancia de coordinación para la programación, presupuestación y evaluación de salud pública.

ARTICULO SEGUNDO. El Consejo que instituye el artículo anterior, tendrá por objeto:

1. Consolidar el Sistema Nacional de Salud;

11. Evaluar el avance en el cumplimiento del Programa Nacional de Salud en cada entidad federativa;

111. Examinar los sistemas estatales de referencia y contrarreferencias de usuarios y los apoyos de carácter federal que sean necesarios;

IV. Unificar criterios en el cumplimiento de los programas de salud de mediano plazo;

V. Asegurar la coordinación en la atención de la materia de salubridad general;

VI. Apoyar la cooperación técnica en la organización, operación y prestación de servicios;

VII. Promover programas prioritarios de salud;

VIII. Opinar sobre la emisión de las normas técnicas que haga la Secretaría de Salud, conforme a la Ley General de Salud y apoyar el seguimiento de su cumplimiento, y

1X. Proponer esqucmas de cofinanciamicnto de la salud pública.

ARTICULO TERCERO. El representante de la Secretaría de Salud, por el carácter de Coordinadora del Sistema Nacional de Salud de ésta, tendrá a su cargo la preparación y conducción de las sesiones del Consejo y con tal propósito estará auxiliado en la organiza**ción, realización y seguimiento, por un secre**tariado técnico permanente formado por representantes de las diversas áreas básicas de esa dependencia y el cual contará con un coordinador y un secretario técnico.

TRANSITORIO

UNICO. El presente Acuerdo surtirá sus efectos a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en la residencia oficial del Poder Ejecutivo Federal en la ciudad de México, Distrito Federal, a los veinticuatro días del mes de marzo de mil novecientos ochenta y seis.-Miguel de la Madrid H.-Rúbrica.-El Secretario de Gobernación, Manuel Bartlett Díaz.-Rúbrica.-El Secretario de Programación y Presupuesto, Carlos Salinas de Gortari.-Rúbrica.i-El Secretario de Salud, Guillermo Soberón Acevedo.-Rúbrica.