

Salud

Las acciones de gobierno en materia de salud, constituyen otro caso ejemplar de integración de esfuerzos del sector público y la sociedad las campañas que, con propósitos de erradicación de enfermedades, se diseñaron desde los primeros años del régimen de la Revolución, consideraron siempre la incorporación de los habitantes a las tareas de cada una de ellas como condición ineludible para conseguir los fines establecidos.

En este sentido, son antecedentes de la mayor importancia las campañas contra la fiebre amarilla, llevada a cabo durante la primera mitad de los años veinte; contra la uncinariasis y contra el paludismo, ambas iniciadas en 1924; También son relevantes los esfuerzos por formar médicos e ingenieros sanitarios, iniciados en esos años, e igualmente la integración y el establecimiento del Consejo Superior de Salubridad como dependencia del Departamento de Salud y el reconocimiento pleno a su papel en materia de sanidad.¹

En el año de 1940, que marca el inicio del periodo objeto de este volumen guarda importancia, porque, con el nuevo gobierno se da forma a un tratamiento más integrado del problema de la salud. Debe reconocerse que ya en el primer Plan Sexenal se había prestado atención considerable al tema, pero todavía más relevantes fueron las medidas institucionales tomadas durante el gobierno del Presidente Manuel Ávila Camacho.

Desde luego la más trascendente fue la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia por decreto presidencial expedido el 15 de octubre de 1943. Hasta entonces, estos servicios habían sido atendidos por dos dependencias: la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salud Pública. Se observa que había predominado el viejo criterio liberal que reconocía como principal responsabilidad del Estado la de prestar auxilio a los ciudadanos desamparados, en materia de enfermedades, o de carencias fundamentales como orfandad, desamparo o efectos de catástrofe.

En el nuevo enfoque se recogieron varias vertientes, pero hay tres de ellas que deben registrarse: una fue la de la propia Revolución Mexicana, que ya había asignado al Estado un papel activo en la prevención de males endémicos, epidemias y otras calamidades, así como en la responsabilidad de formar una población sana y productiva; otra fue la que se gestaba ya en todos los estados avanzados y que vendría a tomar la forma de servicios de bienestar. Bien se observa en este caso, la coincidencia, ya advertida, entre el sentido que tomaba la responsabilidad social del Estado mexicano y las tendencias reformadoras que remodelaban al Estado en todos los países capitalistas, especialmente los más desarrollados, desde principios de los años treinta.

Pero hubo un elemento más que no puede pasar desapercibido, es el que tiene que ver con la centralización gubernamental iniciada desde el sexenio del Presidente Elías Calles. Es frecuente la opinión de que uno de los males del Estado

¹ La nómina de acciones en esta materia durante el periodo 1920-1940, es larga y rebasa las posibilidades de este texto, todavía más si se considera la creación de instituciones educativas, hospitalarias y de asistencia que dieron forma a la acción gubernamental. Para un detallado recuento véase: Bustamante, M. et al. *La Salud Pública en México. 1959-1982*. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982.

mexicano ha sido su hipercentralismo. Este juicio que, debidamente calificado, puede ser válido en nuestros días, dista mucho de conciliarse con la realidad de aquellos años y las exigencias así como el éxito de las acciones en materia de salud así lo constatan.

El conjunto de males endémicos que azotaban a la población, la gran cantidad de nociones tradicionales sobre las enfermedades, la falta de educación sanitaria, eran factores que, sumados a la pobreza y al rezago socio-cultural, mantenían asolada y diezmaban a la población, pues daban lugar a la proliferación de males como la oncocercosis, que fue un verdadero azote hasta que se le enfrentó con una sólida campaña, al igual que al tifo exantemático, la viruela y la tuberculosis.

Si el Estado no es capaz de centralizar recursos, formar cuadros médicos y paramédicos, integrar acciones en los Estados de la República motivar a la población a sumar sus esfuerzos a las campañas, y llevar todo esto a cabo dentro de un marco legal unitario, que permita la compulsión pero otorgue garantías a los ciudadanos, resulta prácticamente imposible superar males que provienen de una etapa propia de gran abandono gubernamental y social en materia de salud.

A la luz de estos aspectos, es evidente que en el campo de la salud, por lo menos en el periodo de erradicación de epidemias, de educación fundamental de la población y de integración de servicios sanitarios aptos para dar atención a todo ello, es imprescindible la centralización de esfuerzos de acciones y de recursos. Sólo ello permite elaborar diagnósticos adecuados, jerarquizar problemas y alcanzar las metas que exigen la erradicación cierta y probada de los males, o por lo menos su estricto control.

Sólo cuando se han cumplido estos propósitos fundamentales, es posible pasar a etapas como las que ya se han alcanzado en este campo. Tanto es así que, justamente, el Sector Salud, desde el año de 1983, llevó a cabo uno de los más notables esfuerzos en materia de descentralización de sus servicios de los que deben señalarse, la Comisión de Descentralización y Desconcentración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, integrada en marzo de 1983 y la determinación de las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de agosto de 1983.

Es claro que superadas las etapas que así lo exigían, se había alcanzado la que permitía romper con lo que ya en estos años empezaba a propiciar vicios y deformaciones.²

Durante los decenios de los cuarenta y cincuenta, se desplegaron considerables esfuerzos en materia sanitaria y de formación de una infraestructura legal, institucional, así como de instalaciones.

No se puede hablar de planes propiamente, pero sí de acciones bien diseñadas y programadas. Entre ellas, para citar sólo algunas de las distintivas, están: la campaña contra la viruela, con la que se consigue su erradicación en 1952; la integración del Comité Nacional de Lucha contra la poliomielitis en 1953, y que hasta la fecha se mantiene como un esfuerzo no sólo coherente y sostenido, sino ampliamente reforzado, y la campaña para erradicar el paludismo

²Vid. *Infra. Sistema Nacional de Salud.*

en 1955. De esta forma, en el año de 1959 se llevaban a cabo catorce campañas de control sanitario y se emprendieron cinco más: contra las diarreas, la neumonía, la fiebre reumática, el mal del pinto, y ya en otro carácter, la de prevención de accidentes. Esta última tiene importancia por su sentido pionero en el tratamiento de problemas típicos del medio urbano, por la integración de esfuerzos intersecretariales al sumar medios de la de Educación Pública y de la de Salubridad y Asistencia, sobre la base, otra vez, de la educación, el convencimiento y la participación poblacional.

Durante los años sesenta también se desarrollan acciones que testimonian la tendencia a organizar, programar y optimizar los recursos humanos y financieros de este ramo. En lo que más interesa al recuento que aquí se hace, cabe consignar la integración de la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, con el fin de lograr un mayor y mejor aprovechamiento de los recursos de la SSA, del IMSS y del ISSSTE. Pero no es sino hasta el año de 1973 en que se diseña un instrumento integral para la planeación y programación de las acciones en la materia, para el efecto, se llevó a cabo la Primera Convención Nacional de Salud, con la participación de organismos del propio sector, de instancias interesadas del Gobierno Federal, de los estados y de los municipios; asimismo, de instituciones de enseñanza superior y organizaciones de trabajadores. El producto de todo ello fue el *Plan Nacional de Salud 1974-1976 y 1977-1983*.

El texto del Plan integra tres volúmenes: el primero de ellos da cuenta de la reunión que dio origen al plan, así como de los principios generales, sus metas y fundamentación jurídica; el segundo, presenta de manera desglosada el diagnóstico de la situación en el país y lo relativo a políticas, estrategias, metas y recursos, el tercero, en fin, contiene los programas y cincuenta y seis subprogramas en los que se desglosó el plan.

Dados los propósitos de esta antología, sólo se reproducen aquí los dos primeros volúmenes, habida cuenta de que el texto íntegro está editado por la propia Secretaría de Salubridad y es accesible a la consulta.

Este plan no sólo estableció un diagnóstico preciso, fijó metas y evaluó recursos, sino que, además, se desglosó en 20 programas y 56 subprogramas (de los que sólo se reproduce la lista correspondiente), asimismo, se le complementó con los 32 planes para cada uno de los estados de la República.

Este plan fue objeto de revisión en el siguiente sexenio, fue así como se elaboró un segundo instrumento integral en la materia: Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social 1978-1982. Lo más distintivo de él es la continuidad que guarda con el precedente, pero, al mismo tiempo, implicó un mejor ajuste de metas de manera más ceñida a los recursos y a la capacidad institucional.

La amplia cobertura de los servicios de salud, la diversidad de instituciones, y la creciente demanda aparejada no sólo al crecimiento poblacional, sino también, la urbanización, la mejor comunicación del medio rural, reclamaron un esfuerzo mayor de planeación. Con este propósito, se estableció la Coordinación de Servicios de Salud, por acuerdo presidencial del 24 de agosto de 1981. Su principal objetivo fue dar forma al Sistema Nacional de Salud.³

Es así como se desemboca en el más reciente instrumento de planeación en la materia que, en el sexenio actual, se desprende del Sistema Nacional de Planeación Democrática. El estado actual del sistema y sus alcances, se aprecian a través del documento que aquí se reproduce: Sistema Nacional de Salud. Avances y perspectivas.

³ Véase: "Palabras del Dr. Guillermo Soberón al tomar posesión como Coordinador de los Servicios de Salud" *Cuadernos de la Coordinación de los Servicios de Salud*. No. 1

Plan Nacional de Salud 1974–1976/1977–1983¹

Luis Echeverría Álvarez

Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos

“El Plan Nacional de Salud, concebido para los próximos diez años, enmarca todas las actividades que se desarrollan en este sector, señala necesidades, preferencias y la mejor manera de aplicar los recursos humanos, financieros y técnicos de que disponemos.”

“La adecuada planeación en el campo de la salud pública requiere, como condición indispensable, la unidad de criterios en materia sanitaria, asistencial y de seguridad social.”

“La promoción de la salud es la necesidad más imperiosa para la conquista del bienestar colectivo.”

COMISION TECNICA REDACTADORA

Secretario General
Dr. Avelino López Martínez

Secretario Adjunto
Dr. Carlos Díaz Coller

Vocales
Dr. Héctor Acuña M.
Dr. Luis Peregrina Pellón
Dr. Manuel Sánchez Rosado
Dr. Eleuterio González Carbajal
Dr. Oscar Borunda Falcón
Dr. Habib Nasser Quiñones
Dr. Juan Álvarez Tostado

CONSEJO NACIONAL DE SALUBRIDAD GENERAL

Presidente
Dr. Jorge Jiménez Cantú

Secretario
Dr. Miguel F. Bustamante

Vocales
Dr. Gustavo Baz Prada
Dr. Salvador Zubirán Anchondo
Dr. Fernando Ortiz Monasterio
Dr. Carlos R. Pacheco
Dr. Guillermo Soberón Acevedo
Dr. Aquilino Villanueva

COMISION MIXTA COORDINADORA DE ACTIVIDADES EN SALUD PUBLICA, ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL

Secretario de Salubridad y Asistencia
Dr. Jorge Jiménez Cantú

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social
Lic. Carlos Gálvez Betancurt

Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Profr. Edgar Robledo Santiago

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

PRESIDENTE
Dr. Fernando Ortiz Monasterio

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

PRESIDENTE
Dr. Enríque Flores Espinoza

Plan Nacional de Salud

Elaborado con la participación institucional de:

Gobiernos de los Estados y Territorios
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Secretaría de Gobernación
Secretaría de la Defensa Nacional
Secretaría de Marina
Secretaría de Industria y Comercio
Secretaría de Agricultura y Ganadería
Secretaría de Obras Públicas
Secretaría de Comunicaciones y Transportes
Secretaría de Recursos Hidráulicos
Secretaría de Educación Pública
Secretaría del Trabajo y Previsión Social
Secretaría de la Presidencia
Departamento de Asuntos Agrarios y Colonización
Departamento del Distrito Federal
Procuraduría General de la República
Procuraduría General de Justicia del Distrito y Territorios Federales
Departamento de Turismo
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto Politécnico Nacional
Academia Nacional de Medicina
Academia Mexicana de Cirugía

¹ Plan Nacional de Salud 1974–1976, 1977–1983, 3 vols, México, S.S.A., Talleres Gráficas de la Nación, 1974.

Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez
 Instituto Nacional de Protección a la Infancia
 Organización Panamericana de la Salud
 Petróleos Mexicanos
 Ferrocarriles Nacionales de México
 Instituto Nacional de la Nutrición
 Instituto Nacional de Cardiología
 Hospital Infantil de México
 Hospital de Jesús
 Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior
 Compañía Nacional de Subsistencias Populares
 Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
 Congreso del Trabajo
 Confederación Deportiva Mexicana
 Instituto Nacional de la Juventud Mexicana
 Instituto Nacional de Bellas Artes
 Consejo Nacional de la Publicidad
 Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia
 Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social
 Consejo Nacional de Atención Médica Materno Infantil
 Consejo Nacional de Prevención de Accidentes
 Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.
 Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología
 Asociación Mexicana de Pediatría
 Asociación Mexicana de Higiene y Seguridad, A.C.
 Cámara Nacional de la Industria Químico Farmacéutica
 Asociación de Profesores Universitarios
 Asociación Mexicana de Técnicos en Seguridad, A.C.
 Asociación Dental Mexicana

Otras Instituciones Participantes

Instituto Nacional de Desarrollo de la Comunidad (IN-DECO)
 Instituto Nacional de Fomento de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT)
 Asociación Mexicana de Hospitales
 Asociación de Industriales del Estado de México
 Asociación de Ingeniería Sanitaria
 Sociedad Mexicana de Salud Pública
 Comité Olímpico Mexicano
 Colegio Nacional de Enfermeras
 Confederación Nacional de Organizaciones Populares
 Universidad Autónoma de Zacatecas
 Instituto Mexicano de Rehabilitación
 Cámara de la Industria de Laboratorios Químicos Farmacéuticos
 Organización de Donantes Voluntarios de Sangre
 Sociedad Mexicana de Salud Mental, A.C.
 American British Cowdray Hospital
 Comisión Regional Americana de Prevención de Riesgos Profesionales
 Asociación Nacional de Periodistas
 Colegio Nacional de Médicos Militares
 Consejo para la Investigación Médica
 Consejo Nacional de Farmacodependencia
 Alcohólicos Anónimos

Consejo Directivo

Dr. Jorge Jiménez Cantú
 Lic. Carlos Gálvez Betancourt
 Prof. Edgar Robledo Santiago
 Dr. Renaldo Guzmán Orozco
 Dr. Carlos Campillo Sáinz
 C.P. Francisco Vizcaíno Murray
 Dr. Luis Castelazo Ayala
 Dr. Andrés G. De Witt Greene
 Dr. Andrés Olmos Sánchez
 Dr. Antonio Taracena Cisneros
 Dr. Eduardo Echeverría Alvarez
 C.P. Roberto Soto Prieto
 Dr. Jorge E. Atkins

Antecedentes

I. El 23 de octubre de 1972, el C. Presidente de la República, Lic. Luis Echeverría Alvarez, durante la ceremonia conmemorativa del "Día del Médico", lanzó la iniciativa que dió origen a que, en el año siguiente se realizara la I Convención Nacional de Salud, con el propósito de fundamentar un nuevo Plan de Salud para la República Mexicana.

II. En respuesta a la iniciativa presidencial se convocó a participar a todos los organismos oficiales dedicados a la atención médica y a la seguridad social, a las academias y sociedades médicas, universidades, a las diferentes representaciones de los sectores sociales y en forma especial, a todos los gobiernos de las entidades federativas, para cuyo efecto se organizaron reuniones en las capitales de los Estados donde fueron comentados la filosofía y los propósitos contenidos en esa Iniciativa.

III. En el mes de julio de 1973, tiene lugar la I Convención Nacional de Salud los días comprendidos del 16 al 20. Este acontecimiento se desarrolla en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La ceremonia inaugural es presidida por el C. Presidente de la República y concurren la totalidad de los gobernadores de los estados y territorios en calidad de ponentes, asimismo representantes de las instituciones, academias y sociedades que fueron invitados, además de numerosos grupos de profesionales y especialistas que pidieron participar activamente en las mesas de trabajo.

Con alta calidad técnica y académica se realizó la Convención en la que fueron presentadas y discutidas más

de 200 ponencias, lo que motivó la redacción de un documento que resume los temas fundamentales denominado "Relato Final de la I Convención Nacional de Salud", el que fue leído en la ceremonia de clausura y posteriormente entregado al Jefe de la Nación.

IV. A partir de julio de 1973 se organizó la Comisión Redactora del Plan Nacional de Salud, para integrar Comisiones, Subcomisiones y Grupos de Trabajo encargados de compilar, estudiar y ajustar la prolija documentación disponible y llegar a la formulación del presente documento fundamental que contiene los Antecedentes, el Relato Final de la Convención, los Principios Doctrinarios, la Presentación Sumaria y las Metas del Plan Nacional de Salud que anteceden al desarrollo del Plan General.

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

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

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

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

Relato de la I Convención Nacional de Salud

C. Secretario de Salubridad y Asistencia,
Presidente del Consejo Directivo
de la Primera Convención Nacional de Salud,
Honorable Presidium,
Señores Convencionistas,
Señoras y Señores.*

Los trabajos de esta Primera Convención Nacional de Salud convocada por el C. Presidente de la República, Lic. Luis Echeverría Álvarez, han llegado felizmente a su término.

A partir de este momento se han de iniciar las tareas que conduzcan a la elaboración de un nuevo plan de sa-

lud, con las valiosas aportaciones de quienes ofrecieron, en esta ocasión, sus conocimientos y experiencias en la búsqueda de mejores caminos para elevar el nivel de salud del pueblo de México.

Conscientes de que la vida, la salud y la seguridad social constituyen un derecho fundamental de los hombres, que genera a su vez la responsabilidad plenaria para preservar, fortalecer y desarrollar todo lo que implica el mejoramiento del individuo, de la familia y de la sociedad, fue de singular importancia la participación de los más diversos sectores de la población, en la preparación y desarrollo de esta reunión.

Los Gobiernos Estatales, las Secretarías y Departamentos de Estado, las instituciones de seguridad social, de educación superior, de investigación, los grupos organizados, el H. Cuerpo Médico y otros profesionales de la salud, han cumplido con la responsabilidad que corresponde a todos los hombres indistintamente, a los gobiernos, a las instituciones públicas y privadas en la programación de sus actividades para procurar más altos niveles de salud, de rendimiento físico y mental de la población.

La organización de esta asamblea permitió que los gobiernos de las 32 entidades federativas que integran el país presentarán sus planes de salud, cuya elaboración partió del análisis y sistematización de los problemas de salud, de los recursos especialmente creados para resolver tales problemas y lo que resulta aún de mayor importancia, de la fuente inagotable que representa la participación activa y organizada de los sectores sociales, privados y de la comunidad misma.

La incorporación de los planes estatales de salud a los planes de gobierno de cada entidad, fue factor de especial importancia para que la discusión entusiasta y fundamentada de los mismos permitiera obtener conclusiones enmarcadas en la realidad económica y social que confronta cada una de ellas.

Cabe mencionar que el interés despertado por la Convención rebasó los límites de lo previsto, tanto en la presentación de los planes de salud como en la discusión de los 200 temas básicos abordados.

La calidad de los trabajos y la concurrida asistencia permanente, donde se integraron profesionales y técnicos de la salud, junto a representantes de las más diversas dependencias gubernamentales, sindicatos, grupos científicos, universidades y otras organizaciones y grupos relacionadas con la salud del país, permitió confrontar los más variados criterios y juicios constructivos sobre lo hasta ahora realizado y, partiendo de nuestro presente, establecer las previsiones para un futuro mejor, dentro de la realidad concreta de nuestro marco cultural, educativo, económico, político y administrativo.

Durante las sesiones de trabajo se reafirmó que la vida, la salud y la seguridad social, son derechos fundamentales del hombre; que la salud consiste en la capacidad física y mental para transformar las condiciones adversas del medio, en circunstancias propicias al desarrollo de las facultades y energías que caracterizan a nuestra especie y representan el poder consciente y la capacidad de

* Leído por el Dr. Héctor Acuña M.

lucha que vence resistencias cotidianas y adquiere satisfacciones que son producto del trabajo, la voluntad y la fuerza emotiva.

Se reconoció que la salud individual es indispensable para lograr la salud colectiva y que ésta a su vez condiciona los factores más eficientes para alcanzar la primera.

Que la Familia es la célula fundamental del equilibrio psicosocial en cuyo seno se inician y troquelan las personalidades, y de cuya salud dependen la consistencia y bienestar de la estructura de la sociedad.

La trascendencia de este acto debe valorarse no solamente por haber obtenido bases nuevas para nuevos planes, sino también por haber desarrollado la responsabilidad social en todos los niveles, al hacer conscientes los problemas y valorar posibilidades y recursos para continuar en la constante búsqueda del bienestar individual y colectivo. Ha de trascender al futuro, a través del interés de quienes se asomaron conscientemente, quizá por primera vez a los complejos factores que influyen en la salud de la población y las aún más complejas acciones que es necesario emprender para resolverlos.

Al abordar los problemas de salud, se enfatizó que la desnutrición es uno de los mayores problemas que afecta a las nuevas generaciones y propicia el desarrollo de enfermedades y bajos rendimientos de los individuos, a los que se añade los malos hábitos higiénicos y la ignorancia, para aprovechar adecuadamente nuestros recursos y producción agropecuaria.

Que cuando la enfermedad ataca a un organismo sano y vigoroso, no produce los efectos destructores psíquicos y físicos, como cuando incide en un organismo debilitado y poco apto para la lucha. Al respecto se propuso que el Estado mexicano, a través de sus autoridades competentes, formule el Plan Nacional de Nutrición y que los gobiernos de los estados y territorios elaboren los programas correspondientes a sus respectivas entidades, además de que, en cada municipio, funcione cuando menos una unidad de control normativo y operativo de programas de alimentación. Dichas unidades promoverían la integración y funcionamiento de Comités de Nutrición Complementaria, en las localidades dentro de su jurisdicción.

Que se conceda a la población infantil atención preferente para asegurar cuantitativa y cualitativamente una suficiente y correcta nutrición. Ningún niño en ninguna localidad del país debe carecer de la oportunidad de recibir la alimentación complementaria que necesite. Los programas de alimentación complementaria se deben hacer extensivos a la mujer gestante y en período de lactancia.

Se propuso también crear el fondo de raciones complementarias, para familias de bajo nivel económico, que serían distribuidas abajo costo por los organismos que designen los gobiernos federal y estatales.

Que el mayor apoyo de carácter fiscal, técnico y político se otorgue a las organizaciones e instituciones que se dediquen al incremento de la producción de alimentos, su transformación, conservación y distribución.

En relación al crecimiento demográfico acelerado del país, se insistió en la necesidad de establecer planes para evitar el desequilibrio con el desarrollo económico y cultural, cuyas consecuencias son grave amenaza para la estabilidad social, política, moral y para la salud de las colectividades; se reconoció la necesidad para la salud de las colectividades; se reconoció la necesidad de intensificar los programas de paternidad responsable en forma coordinada entre las distintas instituciones, con la tesis y procedimientos que sustenta el Estado Mexicano, de manera tal que en la totalidad de las clínicas, hospitales y centros de salud oficiales y privados, se impartan los servicios necesarios para tal fin.

Aunque por razones sólo de salud, el programa de paternidad responsable encuentra plena justificación, se expresó asimismo la conveniencia de que dicho programa se enmarque dentro de la política demográfica del país, en armonía con nuestro modelo particular de desarrollo.

Conjuntamente con el programa de paternidad responsable, se comentó la urgente necesidad de mejorar las condiciones de salud materna e infantil, para lo cual es recomendable la organización de comités de vigilancia, investigación y control de la mortalidad materna, donde se incluya la práctica profesional y la empírica. A este respecto se hizo hincapié en la importancia del adiestramiento y control del personal empírico, que actualmente atiende una alta proporción de los partos en el país, en tanto se capaciten recursos humanos de mejor calidad en este campo. Que por otra parte, se pugne porque en las localidades se organicen y obtengan bienes materiales permanentes, que constituyan el patrimonio de la niñez en cada lugar, fomentando el servicio social voluntario, en especial de las jóvenes, para el cuidado de la población infantil.

Asimismo, se concluyó que el desarrollo y mecanización de la industria y de la agricultura, la proliferación de los medios de transporte y de los recursos tecnológicos de la vida moderna, han determinado el aumento de los accidentes, los que ya figuran entre las primeras causas de morbilidad y de mortalidad, originando además grandes pérdidas económicas. Se advirtió la necesidad de incrementar las acciones educativas en este campo y la importancia de que en todo taller y fábrica funcionen eficaces comisiones de seguridad e higiene, que extiendan su acción para promover la salud de los trabajadores, dentro y fuera de sus lugares de trabajo. Además se recomienda promover, dentro de las unidades del Servicio Militar Nacional, brigadas de auxilio, salvamento y prevención de accidentes.

Se reconoció la importancia que aún revisten las enfermedades transmisibles, que si bien han disminuido grandemente su incidencia como consecuencia de los programas de salud y del desarrollo del país, algunas de ellas continúan ocupando los primeros lugares como causa de enfermedad y muerte.

Por ello se recomienda que se continúe con el programa intensivo de vacunaciones que se iniciara el año pasado, con carácter nacional y de observancia obligatoria, bajo el control de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Además, deberán mejorarse los sistemas permanentes de vigilancia epidemiológica, de control sanitario de alimentos y en general de mejoramiento de ambiente, cuya acción conjunta permitirá combatirlos sistemáticamente y, en su caso, llegar a su control o erradicación.

Mereció mención especial, las acciones para controlar la epizootia y la epidemia de encefalitis equina venezolana, cuyo programa fue ejemplo de coordinación entre instituciones y con la comunidad misma, que permitió establecer eficiente control de un problema, cuyas repercusiones económicas y el riesgo de que se presenten nuevos brotes a partir de la endemia residual, hace necesario mantener un programa permanente de vigilancia epizootiológica y continuar con el programa permanente de vacunación a equinos, mediante acciones directas de la Secretaría de Agricultura y Ganadería y a través de la educación a propietarios para lograr un índice de cobertura suficiente.

Al analizar el estado actual de la atención médica, se consideró que la dispersión de la población rural hace difícil ampliar la cobertura de los servicios médicos asistenciales, con los sistemas actuales, que es indispensable hacerlos más eficientes y activar la coordinación de las instituciones oficiales, descentralizadas y privadas.

Se recomendó también que se constituya el sistema nacional de hospitales, con las instituciones dependientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y por la integración federal de los hospitales dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, incorporando los civiles, estatales y municipales que se considere conveniente.

Esta forma de integración federal de las instituciones hospitalarias, permitirá que las erogaciones que realizan en este aspecto los Gobiernos de los Estados, se transfieran a los presupuestos de los Servicios Coordinados de Salud Pública, para reforzar sus programas, en especial en el medio rural.

La totalidad de los hospitales integrados a este sistema federal, deberán cumplir con las funciones asistenciales, de investigación y docencia, en estrecha coordinación con los servicios de salud pública de la entidad.

Además, se enfatizó la necesidad de pugnar para obtener partidas presupuestales suficientes, que garanticen su operación y mantenimiento, con las más alta calidad técnica, en forma similar a las instituciones mejor habilitadas.

Se sugirió también la conveniencia de ubicar en la pequeñas comunidades rurales, casas de salud que sirvan como centros para orientar los programas de carácter higiénico de la localidad y ofrezcan atención médica elemental, sirviendo además de apoyo a brigadas médicas móviles.

Asimismo, se consideró necesario que la población sin recursos económicos reciba servicios en forma gratuita, sin límite, en los establecimientos de la SSA, y en una proporción de la capacidad instalada de otros servicios oficiales y privados.

En vista de la necesidad de armonizar la formación del personal de salud con las necesidades, los recursos y las condiciones sociales y culturales del país, se propuso que la enseñanza de la medicina se armonice a los requerimientos de salud de la nación, mediante una mayor participación de las instituciones de la salud en la formulación y desarrollo de los programas docentes de los planteles educativos, y de acuerdo con un servicio orientado a la comunidad desde la iniciación de los estudios del alumno, que le permita aprender en el servicio y servir aprendiendo. Asimismo, que se concede prioridad en los estudios de postgrado a los médicos y cirujanos generales, sin descuidar la preparación de especialistas.

Para ampliar la cobertura de la atención médica al sector rural, es menester disponer de un nuevo equipo integrado por personas extraídas de la misma comunidad y pertenecientes a la misma cultura, en el que cabe distinguir tres tipos, con funciones fundamentales preventivas: el técnico en salud, el promotor de salud y el personal empírico previamente capacitado.

Que el apoyo técnico al programa de formación de este personal, que se realizaría en escuelas a nivel de la comunidad, quede a cargo de Centros Regionales constituidos con recursos de las instituciones de educación superior y de salud, y con el apoyo del Sistema Nacional de Hospitales. Considerando que el crecimiento y desarrollo del país, la industrialización, la proliferación de áreas urbanas y el uso y abuso de los recursos de la naturaleza, han determinado un deterioro creciente de los sistemas ecológicos, con grave amenaza para la salud y supervivencia de los pueblos, así como la creciente contaminación del aire, del agua, de la tierra y de los alimentos, se hace necesario planear nuevas políticas sanitarias que faciliten recuperar los sistemas afectados y asegurar el mejor uso de los recursos, para consolidar el bienestar de la sociedad, sin detener su evolución y los grados de su perfeccionamiento biológico, económico, social y moral, en cuyas acciones deberá participar, decididamente, la comunidad, ya que nadie tiene derecho a deteriorar o empobrecer el ambiente comunitario y la conservación de su vida y de sus intereses particulares, sino obligarse a procurar el bienestar, la salud y la conservación de los bienes colectivos; esto hace necesario incrementar las acciones educativas y fortalecer los programas de prevención y control de la contaminación y para el mejoramiento del ambiente, para que cualquier localidad, por pequeña que sea, cuente con agua potable y los servicios primarios de salubridad que exige el medio humano.

Fueron revisadas las políticas relativas al servicio social obligatorio, con el propósito de crear una mayor conciencia sobre el contenido de este precepto, habiéndose expresado las siguientes corrientes de opinión:

Se recomienda que los estudiantes presten su servicio conforme a un programa nacional de servicio social, que permita integrar equipos multidisciplinarios, ofrecer un servicio continuo a las poblaciones rurales favorecidas y que pueda llevarse a cabo desde los primeros años de la carrera.

Se consideró que la prolongación de la vida determina que se eleve la incidencia de las enfermedades degenera-

tivas, neoplásicas y metabólicas, cuya atención requiere orientar nuevas acciones en el terreno de la salud, para que, sin descuidar la atención prioritaria a los programas tradicionales que nos afectan, se realicen investigaciones y se capacite al personal, para enfrentar adecuadamente los problemas de salud en lo futuro.

En el campo de salud mental se advirtió que aunque los problemas no alcanzan las proporciones de otros países, en el nuestro se aprecia una elevación que amerita investigar sus verdaderas dimensiones, hacer un inventario de los recursos disponibles, establecer la coordinación adecuada para el mejor aprovechamiento de los centros de prevención, tratamiento y rehabilitación, fomentar las acciones de salud mental comunitaria, incorporándolas a los servicios regulares de salud; promover acciones recreativas, deportivas, turísticas y educativas que fomenten la integración familiar, como medio de protección de la salud mental desde la infancia; fortalecer los programas específicos contra el alcoholismo, en especial mediante acciones que contrarresten la propaganda que se realiza a este respecto; que se intensifiquen los programas educativos y las acciones legales para reducir la oferta y la demanda de sustancias que conduzcan a la farmacodependencia.

Al analizar la magnitud de las tareas a cumplir en los programas de salud, se reconoció la importancia que reviste la incorporación de la población, por sí misma y a través de su organización social, y de la productividad que adquiere el trabajo en favor de la salud cuando es sistemático, sostenido, progresivo y se realiza cotidianamente.

Asimismo, se estableció la conveniencia de programar el Servicio Social Nacional que incluya como deber y derecho, el servicio a la comunidad para mejorar el ambiente y contribuir al desarrollo socioeconómico, mediante la realización de actividades programadas para producir efectos útiles e inmediatos en las comunidades.

Deberá incluirse en ellas a la población entera, de acuerdo a edad, sexo y capacidad para el trabajo, a través de Comités de Salud y Servicio Social Voluntario, del Servicio Militar Nacional, de las escuelas, de los ayuntamientos y agrupaciones sindicales a fin de que desde la más temprana edad, y mientras la vida lo permita, el ser humano encuentre, en su proyección social, la satisfacción de una vida plena y productiva.

En los aspectos relativos a la legislación sanitaria se propuso que se amplíen las disposiciones legales complementarias o concurrentes, que sirvan de fundamento jurídico para uniformar los principios técnicos y los procedimientos que garanticen la salud, la asistencia y la seguridad social de toda la población. Asimismo, que todos los reglamentos, normas técnicas, instructivos y demás disposiciones que se dicten en el campo de la salubridad, asistencia y seguridad social, respondan a principios y procedimientos uniformes y congruentes que favorezcan la coordinación.

Por su trascendencia, se sugirió que los órganos encargados de las estadísticas para la salud tengan mayor participación en la planeación, ejecución y coordinación

de los programas, que se consolide la coordinación en estas áreas entre los organismos de salud, con el fin de unificar las diversas corrientes que existen y que se reestructuren y uniformen los sistemas de recolección y se refuercen los órganos centrales correspondientes.

No se dejaron de considerar las condiciones laborales en las cuales el personal médico y paramédico presta sus servicios, en virtud de lo cual, se recomienda ajustar sus percepciones a tabuladores uniformes y jornadas de duración suficiente, para la obtención de salarios que permitan la adscripción a una sola institución, lo que daría lugar a una mayor dedicación, capacitación y rendimiento del personal.

Se recomiendan retabulaciones quincenales, con aumentos del 10% para los trabajadores que en la actualidad no tengan este beneficio. Otra recomendación fue en el sentido de otorgar percepciones adicionales al personal médico que realice investigaciones de valor reconocido.

Las actividades que se realizan para el cuidado de la salud y las de asistencia y seguridad social corresponden mutuamente. Ambas son indispensables cuando se pretende llevar bienestar a los individuos y a las colectividades. A este respecto se consideró conveniente que se impulse la investigación de las necesidades de asistencia social en el país; que se actualice el inventario de recursos disponibles para satisfacerlas; que se continúe promoviendo la coordinación entre las instituciones que disponen de programas en este campo; que se difunda ampliamente la información relativa a los servicios existentes y la forma de utilizarlos, y que se promueva la participación de la población en los programas que se realizan. Se apoyó la solicitud de los gobernadores de extender los servicios del Seguro Social a nuevos grupos, así como que, de acuerdo con el espíritu de la nueva Ley del Seguro Social, se proteja a la población rural con programas de solidaridad social.

Se consideró que una sociedad sin educación higiénica se identifica con un primitivismo infrahumano, anti-social, antiestético, antieconómico, inmoral y propio para desencadenar situaciones críticas para la salud y el bienestar social. Que las prácticas educativas para la salud deben producirse desde los primeros años de vida de los individuos y prolongarse durante toda su existencia, enfatizando que su eficacia depende de la oportunidad y capacidad de captación del núcleo familiar, para que proyecte sus efectos en el ambiente comunitario.

Por lo mismo, los programas que al efecto se formulen, deben ser destinados en primera instancia a la familia, en especial a la niñez, quien será el conducto para reforzar la educación de los adultos y asegurar mejores hábitos en las nuevas generaciones.

Que en todos los centros educativos y de trabajo se impartan sistemáticamente cursos teóricos y prácticos de educación higiénica, así como en los sindicatos obreros y campesinos, donde se impartirán además de cursos de educación higiénica, los de promoción deportiva y recreativa, de lucha contra la contaminación, mejoramiento del ambiente y de prevención de accidentes. Lo propio deberá hacerse en el medio rural y particularmente en los ejidos.

Asimismo, se recomendó que las autoridades tengan a su cargo la vigilancia y control de estos programas, de acuerdo con las normas nacionales.

Se reconoció a la investigación en el campo de la salud, indispensable para mantener un nivel elevado de desarrollo científico y técnico en beneficio de las acciones de salud.

Se propuso que a través de un programa nacional, se fomente la investigación en las ciencias biomédicas, en las sociales y administrativas que determinan las condiciones de salud, que promueva la preparación de expertos y de investigadores y que se doten mejor a las instituciones, grupos y personas dedicadas a estas disciplinas.

Se recomendó también que se prevea una organización óptima para que los recursos económicos, materiales y humanos se utilicen con su máxima productividad y eficiencia, en consecuencia con la necesidad actuales del país.

Considerando el constante aumento de las invalideces de todo tipo, que afectan núcleos de población cada vez más numerosos y que repercuten limitando el desarrollo de los individuos, la familia y la comunidad, se recomendó que los planes de salud nacional, estatales, municipales, y locales, comprendan acciones para la prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos; se proporcione educación a todos los incapacitados, ya sea normal o especializada, de acuerdo con sus capacidades residuales, que basándose fundamentalmente en su capacidad, se ofrezcan las mismas oportunidades de empleo a los inválidos rehabilitados, por parte de las empresas públicas y privadas; se coordinen las instituciones oficiales y con ellas las de índole privado, para la habilitación en los campos de la salud, la educación y el trabajo.

Se establezcan en las diferentes entidades del país, centros de rehabilitación integral y educación especial. Que se integren actividades médicas, educativas, sociales y ocupacionales, que funcionen como eje central de las acciones de prevención de invalidez y rehabilitación.

Se consideró que las prácticas deportivas y recreativas en el ámbito industrial, son el mejor medio para evitar la fatiga física y mental en su proceso crónico y agudo, y en consecuencia son favorables en todos sus aspectos para elevar la producción, así como para evitar las lacras sociales, las rebeldías injustificadas, la vagancia y para combatir los vicios.

Se recomendó la creación de un instituto del deporte y un banco para el fomento organizado de esta actividad; que se promueva la práctica del deporte mediante un programa nacional, semejante al servicio militar obligatorio, donde deberán participar las organizaciones sindicales, las instituciones educativas y la recreación del núcleo familiar.

Se enfatizó la necesidad de legislar para que todo nuevo centro de población, fraccionamiento o unidad habitacional, cuente con áreas deportivas y que se integre la enseñanza de la medicina del deporte, en las escuelas de medicina, mediante seminarios para conseguir el cuidado científico de la salud del deportista.

Por otra parte, se deberá establecer una ficha médica uniforme para todos los deportistas y coordinar las acciones de clubes deportivos, asociaciones, empresas y en general toda organización relacionada con el deporte organizado, para la utilización de la ficha médica uniforme. Promover la elaboración de un reglamento de la salud del deportista y elaborar los reglamentos para el control sanitario de las instalaciones deportivas y proceder a su aplicación.

Señor Secretario de Salubridad y Asistencia:

Deseamos que sea usted el conducto para informar al señor Presidente de la República, que los propósitos que lo animaron a convocar esta I Convención de Salud, han sido satisfechos.

Que estamos conscientes que la responsabilidad que implica elaborar nuestro plan de salud, constituye un reto para las autoridades y las instituciones comprometidas en los problemas de salud, de educación y del trabajo. Se ha confirmado que el ejemplo de coordinación entre las instituciones que convocaron a la Convención y los gobiernos de las entidades federativas que respondieron en forma tan entusiasta y eficiente, al igual que las universidades y los institutos de educación superior, y en general nuestros más destacados profesionales de la medicina y otras disciplinas relacionadas con este elevado propósito son garantía para el trabajo incansable que requiere esta trascendental tarea.

Que el trabajo coordinado que desarrollaron los Gobiernos Estatales, las Secretarías y Departamentos de Estado, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y otras organizaciones, cuyas tareas confluyen en la búsqueda de la salud y bienestar de nuestro pueblo, ha respondido a la política que sostiene el actual gobierno, para que todas las áreas de la actividad humana, encuentren sus raíces en una filosofía de engrandecimiento y superación, individual y colectiva, donde los esfuerzos que se realicen logren evitar el desperdicio de energía, las interferencias, las duplicidades o las omisiones injustificadas.

Que en esta I Convención Nacional de Salud ha encontrado eco el patriótico llamado del Señor Presidente de la República, expresado en la aclamación unánime de esta singular Convención, para que las acciones de salud no sean atribuciones de unos cuantos, sino responsabilidad de todos, como otra muestra más de la comunicación estrecha y la integración definitiva entre pueblos y gobierno, en anhelo único que anima nuestros esfuerzos, para el engrandecimiento de nuestra patria.

Muchas Gracias.

La Situación de la Salud

I. Información General

La República Mexicana tiene una superficie total de 2.403,598 Km², que incluyen 1.967,183 Km² de territorio continental emergido; más 5,364 Km² de territorio insular emergido y 431,051 de plataforma continental. Ocupa, por este concepto, el quinto lugar entre los países del continente y el decimocuarto en el mundo. La extensión en sus fronteras es de 3,114.7 Km² con Estados Unidos de América, 962 con Guatemala y 259.2 con Belice. Sus litorales suman 9,903 Km, ocupando por ello el segundo lugar del continente.

En la topografía nacional sobresalen dos grandes cordilleras que cruzan el país, quedando entre ellas una serie de altiplanicies subdivididas por numerosas prolongaciones de ambas cordilleras. Del Pacífico al Golfo, entre Colima y Veracruz, se encuentra la Sierra Volcánica Transversal con las cimas más altas. Esta Sierra divide al país en dos zonas: la Norte, de formación más antigua, y la Sur, más reciente, que presenta cierta inestabilidad geológica, localizándose en ella, con frecuencia, el epifoco de movimientos telúricos. La península de Baja California tiene a lo largo una cordillera central, mientras que la península de Yucatán es, en general, terreno plano con unas cuantas serranías.

Por lo que se refiere a altitud, el 46.54% del país está abajo de la curva de nivel de 900 m; 42.90% entre las latitudes de 900 y 2,100 m, y el 10.56% se encuentra por encima de 2,100 metros.

El territorio mexicano es atravesado en su parte media por el Trópico de Cáncer, lo que determina dos grandes zonas climatológicas: una al Norte, que comprende áreas templadas, y otra al Sur, de tipo tropical. En ambas zonas se encuentran variantes más o menos importantes debido a las diferencias de altura, y la presencia o ausencia de ríos y lagos condiciona diversidad de climas.

La conformación montañosa de gran parte del territorio, la cercanía de las sierras a las costas y la dependencia de los ríos al régimen de lluvia, hace que estos tengan más bien carácter torrencial, cuyas corrientes acarrear al mar grandes cantidades de tierra que erosiona el terreno. Algunos ríos, como el Papaloapan y el Coatzacoalcos, permiten la navegación de regular calado; pero sólo cerca de su desembocadura.

Se calcula que del total de la superficie, el 52.5% es terreno árido, el 31.9% semiárido, el 13.3% semihúmedo y el 2.6% húmedo. La superficie abierta al cultivo agrícola es de 22.5 millones de hectáreas, de las cuales 4.5 millones, o sea el 16%, tiene riego.

La mayor cantidad de lluvias se registran en la costa

del Golfo de México, principalmente entre Tampico y Campeche, y un poco menor en el resto de este litoral. En la costa del Pacífico y en el centro del país, el índice pluviométrico es inferior a 1,000 mm al año. En la altiplanicie meridional la precipitación es notoriamente baja, entre 300 y 700 mm, siendo en la altiplanicie septentrional aún más escasa, con variaciones entre 200 a 500 mm. La península de Yucatán tiene una precipitación superior a 1,000 mm, en tanto que la península de Baja California apenas un poco más de 200 mm, en la mayor parte de su extensión.

En 1972, el total de carreteras del país sumaba 82,781 Km, de los cuales 46,855 estaban pavimentados, 26,414 revestidos y 9,512 eran de terracería. Las vías férreas tenían en ese año 24,700 Km.

Aspectos demográficos

La población del país, calculada al 30 de junio de 1974 por la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Industria y Comercio, es de 56.5 millones de habitantes. Distribuidos en el territorio nacional resultan 28.2 habitantes por Km² de área territorial; 1.9 por Ha potencial agrícola;¹ 2.5 por Ha abierta al cultivo agrícola;²

CUADRO 1

POBLACION TOTAL CALCULADA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1974 - 1983

Años	Población
1974	56.495,033
1975	58.544,505
1976	60.681,180
1977	62.909,442
1978	65.233,926
1979	67.659,553
1980	70.100,000
1981	72.615,000
1982	75.282,000
1983	78.015,000

FUENTE: Dirección General de Estadística. SIC.

¹ Considerando 30.000,000 de Ha de área potencial.

² Considerando 22.500,000 Ha abiertas al cultivo agrícola.

12.5 por Ha de terrenos bajo riego;¹ 3.2 por Ha cosechada.² En 1970 eran 48.3 millones, lo cual significó un incremento de 38.3% en relación a las cifras de 1960.

El crecimiento de población en el período 1930-1940 fue de 1.6% anual, se duplicó a 3.1% en la década de 1960 a 1970 y se estima que en el presente el crecimiento anual es de 3.6%. Se estima que para 1976 la población será de 60.681,180; en 1980 llegará a 70.100,000 y en 1983 a 78.015,000.

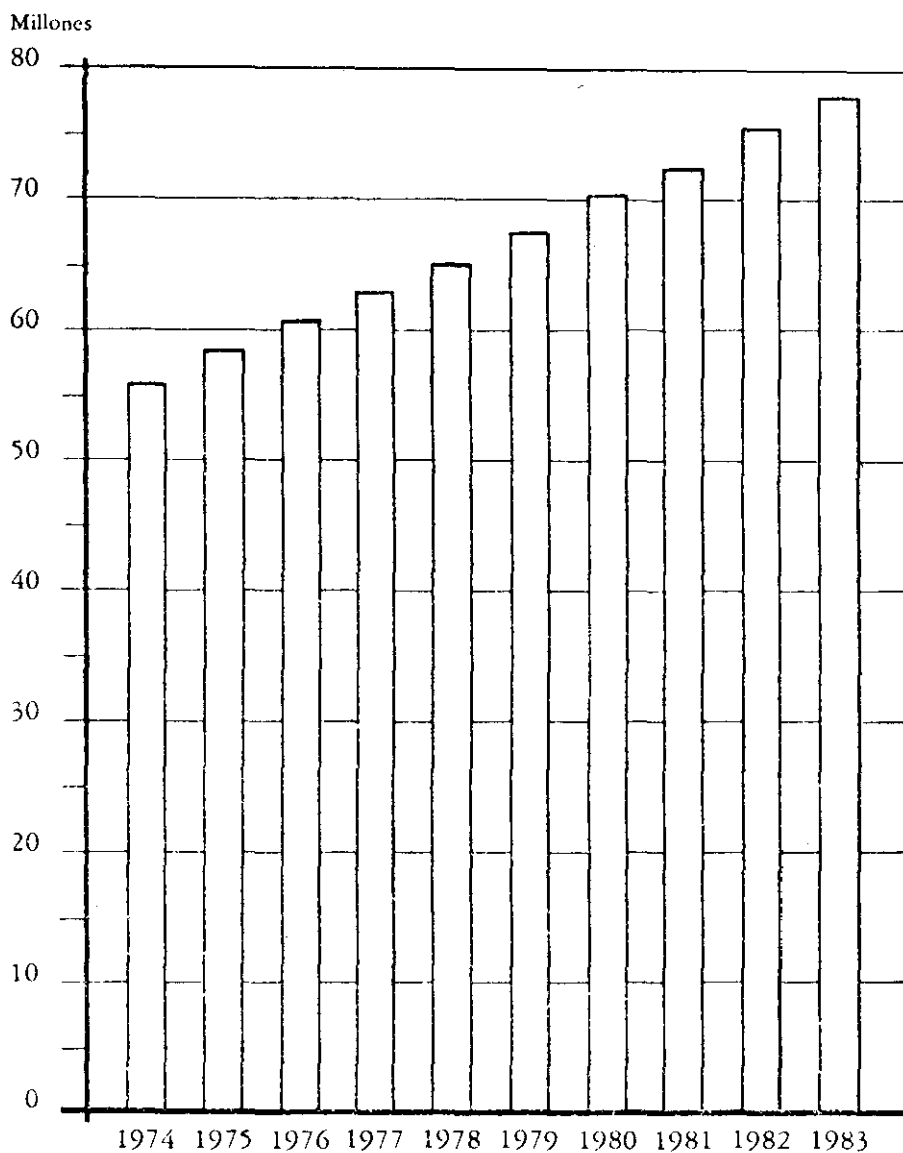
Este elevado índice de crecimiento obedece esencial-

mente a que la natalidad ha permanecido alta, mientras que la mortalidad ha tenido un descenso importante. En efecto, en 1940 la natalidad fue de 44.3 por mil habitantes, en tanto que en 1973 llegó a 46.0. En este mismo período la mortalidad descendió de 23.2 por mil habitantes a 9.0.

¹ Considerando 4.500,000 Ha operadas tanto por la Secretaría de Recursos Hidráulicos como por los particulares directamente.

² Considerando 17.800,000 Ha cosechadas en 1973.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS POBLACION TOTAL CALCULADA



La esperanza de vida al nacer ha aumentado. Al principio del siglo se calculó en 27.6 años; para 1940 se estimó en 39 años y para 1973 llegó a 63 años, lo que refleja la mejora de las condiciones de vida de la población.

La distribución por grupos de edad caracteriza a México como un país de población joven, ya que los habitantes con menos de 20 años comprenden el 56.7%. De 1930 la proporción de la población de 0 a 14 años con respecto al total pasó del 39% al 46.2%, en tanto que la

población de 65 y más años sólo representó el 3.7%.

La población del país, según el censo de 1970, se encuentra distribuida en 97,563 localidades, de las cuales 83,607 tenían menos de 500 habitantes, en las que habita el 17.25% de la población; 7,493 con 500 a 999 habitantes, 10.76% de la población; 4,285 localidades con 1,000 a 2,499 habitantes, 13.32% de la población; 1,203 comunidades, con 2,500 a 4,999 habitantes, 8.56% de la población, y el resto en 1,973 localidades.

CUADRO 2

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS-1974

Edades	Total	Hombres	Mujeres
Menores de 1 año	2.134,000	1.065,000	1.069,000
1 a 3	5.961,000	2.974,000	2,987,000
4	1.849,000	923,000	926,000
5 a 14	15.266,000	7,619,000	7.647,000
15 a 44	23,360,000	11.656,000	11.704,000
45 a 64	6.065,000	3.026,000	3.039,000
65 y más	1.860,000	928,000	932,000
<i>Suma</i>	<i>56.495,000</i>	<i>28.191,000</i>	<i>28.304,000</i>

FUENTE: Dirección General de Estadística. SIC.

La población que vive en localidades de 2,500 habitantes constituye el 62% (zonas urbanas), y el 38% reside en localidades con menos de 2,500 habitantes (zona rural). En 1940, la población urbana representó el 36% del total y la rural el 64%. Para 1980 se estima que el 67% de la población vivirá en zonas urbanas.

La densidad de la población ofrece también contrastes marcados.

La cifra más alta se registra en el Distrito Federal con 4,586 habitantes por Km², y en otras entidades las diferencias van desde 605 habitantes por Km², en Aguascalientes, hasta 1.7 habitantes por Km² en los territorios de Baja California y Quintana Roo.

En la actualidad, una gran parte de la población del país se concentra en el área metropolitana del Valle de México, de Monterrey, Guadalajara y la zona de la frontera Norte. Las áreas de mayor crecimiento corresponden a las siguientes ciudades: San Bartolo Naucalpan, Nezahualcóyotl, Tlalnepanitla, San Cristóbal Ecatepec, Acapulco, Tijuana, Guadalajara, Puebla, Ciudad Juárez, El Distrito Federal y Monterrey.

Este extraordinario crecimiento demográfico hañ necesario contar con alrededor de 650,000 nuevos empleos anuales. Ante esto, el Gobierno ha establecido una política

General de Población y medidas socioeconómicas tendientes a mejorar el nivel de vida de la población.

Aspectos ambientales

Uno de los aspectos de mayor importancia para la salud es lo que se refiere a la disponibilidad de agua intradomiliaria con sistemas de drenaje. En este sentido, en 1950 el 54% de la población de localidades de 2,500 y más habitantes carecían de agua de uso doméstico, reduciéndose para 1970 al 38%.

En 1970 existían 95,410 localidades con menos de 2,500 habitantes de los cuales carecían de agua 89,115 localidades con una población de 15.710,893; para 1973, este número de localidades se redujo a 87,763 y la población descendió a 14.066,185.¹ En el país disfrutaban de servicio de agua 31.5 millones de habitantes, y carecen de él, 25 millones.

Según el censo de 1970, el 40% de la población vivía en casas de un solo cuarto y el 29% en casas de dos habitaciones. Esto significa que el 60% del total de la población habitaba en viviendas de una a dos piezas.

El país registra un aumento sensible de la contami-

¹ Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria de la SSA.

CUADRO 3
POBLACION TOTAL URBANA Y RURAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1974

Entidad Federativa	Urbana		Rural	
	Núm. de Hab.	%	Núm. de Hab.	%
<i>Estados Unidos Mexicanos</i>	34.937,717	61.8	21.557,816	38.2
Aguascalientes	254,227	64.7	138,960	35.3
Baja California Norte	954,460	86.6	147,790	13.4
Baja California Sur	104,180	66.2	53,210	33.8
Campeche	197,264	65.2	105,279	34.8
Coahuila	907,758	74.1	317,472	25.9
Colima	214,081	74.5	73,368	25.5
Chiapas	527,610	29.9	1.239,453	70.1
Chihuahua	1.220,851	66.8	606,689	33.2
Distrito Federal	7.795,598	96.8	255,044	3.2
Durango	449,877	43.5	584,562	56.5
Guanajuato	1.401,001	54.6	1.167,005	45.4
Guerrero	743,842	40.6	1.086,748	59.4
Hidalgo	421,727	32.5	876,374	67.5
Jalisco	2.730,277	72.1	1.051,794	27.8
México	3.576,865	67.9	1.715,138	32.4
Michoacán	1.224,892	47.6	1.347,763	52.4
Morelos	581,243	76.2	182,004	23.8
Nayarit	335,097	52.9	298,717	17.1
Nuevo León	1.634,326	38.4	450,273	21.6
Oaxaca	714,107	29.6	1.698,091	70.4
Puebla	1.394,884	49.8	1.404,627	50.2
Querétaro	223,977	40.0	336,498	60.0
Quintana Roo	43,385	38.0	70,173	62.0
San Luis Potosí	593,122	42.2	812,781	57.8
Sinaloa	793,525	51.9	736,841	48.1
Sonora	885,127	69.0	398,000	34.0
Tabasco	348,088	37.1	590,712	62.9
Tamaulipas	1.258,552	73.5	453,810	26.5
Tlaxcala	241,981	52.6	217,657	47.4
Veracruz	2.263,879	50.9	2.186,269	49.4
Yucatán	566,821	67.8	268,606	32.2
Zacatecas	335,093	32.9	684,728	67.1

FUENTE: Dirección General de Estadística. SIC.

CUADRO 4

PROMEDIO DE MIEMBROS POR FAMILIA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1970

Entidad Federativa	Número	Entidad Federativa	Número
<i>Total</i>	5.3		
Aguascalientes	5.8	Morelos	5.2
Baja California Norte	5.5	Nayarit	5.5
Baja California Sur	5.8	Nuevo León	5.4
Campeche	5.3	Oaxaca	4.8
Coahuila	5.3	Puebla	5.0
Colima	5.9	Querétaro	5.5
Chiapas	5.1	Quintana Roo	5.3
Chihuahua	5.4	San Luis Potosí	5.3
Distrito Federal	5.1	Sinaloa	5.6
Durango	5.5	Sonora	5.5
Guanajuato	5.6	Tabasco	5.5
Guerrero	5.1	Tamaulipas	5.3
Hidalgo	5.1	Tlaxcala	5.2
Jalisco	5.9	Veracruz	5.1
México	5.4	Yucatán	5.0
Michoacán	5.5	Zacatecas	5.7

FUENTE: Dirección General de Estadística, SIC

nación de la atmósfera, suelo y agua, debido al incremento de la población, de la industria, de los transportes y de la urbanización. La contaminación atmosférica se hace más notoria e inclusive peligrosa en las zonas de mayor crecimiento demográfico e industrial, como el área metropolitana del Valle de México y de Monterrey. Se calculan 302,000 establecimientos contaminantes. El 70% de la gravedad de esa contaminación lo representa la ocasionada por desechos urbanos e industriales. Circulan más de 2 millones de vehículos automotores, de los cuales se estima que el 40% circula en el área metropolitana.

Economía

En 1970, la población económicamente activa del país de 12 años y más fue de 12,909,540 que representa el 59%. Su distribución por ramas de actividad es la siguiente: agricultura, ganadería, caza y pesca, 39.39%; industrias, el 18.13%; comercio 9.24%; construcción 4.41%; transporte 2.85%; servicios, 16.66%; gobierno, 3.14% y actividades insuficientes especificadas, el 5.77%.

La familia tiene un promedio de 5.5 miembros desde hace varias décadas. En 1970 el gasto mínimo para satisfacer sus necesidades básicas no lo cubrieron en localida-

des de 2,500 y más habitantes, 1,365,000 familias, o sea el 25.62% del total; en tanto que en las localidades con menos de 2,500 habitantes, no lo cubrieron 1,815,000 familias (50.74 del total), lo cual muestra la menor capacidad económica de la población rural¹

Se estima en 23,804 ejidos y comunidades en el país -22,428 ejidos y 1,375 comunidades- con una superficie de 77,577,830 hectáreas. De éstas, 65,793,000 corresponden a ejidos y 11,784,830 a comunidades. El número total de miembros es de 2,284,935, correspondiendo 2,029,575 a ejidos y 255,360 a comunidades. La población total que depende de ejidos y comunidades se estima en 11.5 millones de personas.

Se estima también que el campesino ocupa sólo 100 días al año en sus tareas con un ingreso medio de \$3,500.00 anuales por ejidatario o comunero² en tanto que el trabajador industrial tiene un promedio de ingreso

¹ Investigación del Ing. Jorge L. Tamayo en la preparación del *Atlas de la Salud*.

² Datos del Lic. Aurelio García Sierra, Consejo del Departamento de Asuntos Agrarios y Colonización.

anual de \$14,690.000. El INFONAVIT registra 4.3 millones de trabajadores asalariados. Se considera un índice de subocupación de 61.3%.¹ El promedio de incapacidad para el trabajador por enfermedad se calcula en 41 días al año, mientras que en los países desarrollados es de nueve, de la población total.

En esta distribución de la población económicamente activa, se ha observado los últimos años una disminución porcentual de la ocupada en actividades agropecuarias. Los aumentos más importantes fueron en minería, petróleo, gobierno, comercio, transportes y otros servicios e industrias manufactureras y de la construcción.

La distribución por ingresos, según el censo de 1970, mostró que el 0.83% los tenían superiores a \$10,000.00 mensuales; el 1.54% entre \$5,000.00 y \$10,000.00; el 1.78% entre \$3,500.00 y \$5,000.00; el 21.22% entre \$1,000.00; en el 40.13% los ingresos fueron inferiores a \$500.00 mensuales, y el 10.14% no declararon ingresos.

El crecimiento económico del país es en promedio de 7.1% a 7.6% en 1973 según cifras preliminares.² El producto bruto en el año de 1973 fue de 620,030 millones de pesos y el ingreso per capita de \$11,160.00; en 1960 esta cifra fue de \$4,225.00; en 1970 creció a \$8,390.00; en 1971 pasó a \$8,750.00 y en 1972 llegó a \$9,600.00.³

CUADRO 5

NACIMIENTOS Y NATALIDAD ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1968 - 1972

Año	Tasa (a)	Nacimientos
1968	43.5	2.068,251
1969	44.1	2.088,902
1970	43.5	2.132,630
1971	43.9	2.231,399
1972	44.6	2.346,002

(a) Tasa por 1,000 habitantes.

FUENTE: Dirección General de Estadística. SIC.

Aspectos Socioculturales

El índice de analfabetismo del grupo de 10 años y más para 1970 fue de 23.8% que representa una disminución con relación a los años anteriores. El Estado ha im-

¹ Estimación aceptable

² Banco de México, S.A.

³ Nacional Financiera, S.A. Valor a precios corrientes.

pulsado el sistema Educativo Nacional determinando para 1974 la cantidad de \$10,113,742,000.00 de la suma de \$114,128,434,000.00 del total del gasto público directo, lo que demuestra la preocupación Gubernamental por mejorar la situación educativa del país. El presupuesto para educación en el año de 1973 fue de 15 mil millones de pesos, superior en un 44% al de 1972 y en un 91% al de 1970.

Las cantidades con menor porcentaje de analfabetos en la población de 10 años y más fueron, en 1970: el Distrito Federal, con el 9.1%; Nuevo León, con el 10.7%; Baja California, con el 11.8%; Territorio de Baja California, con el 12.4%; Coahuila, con el 12.4%; Chihuahua, con el 12.9% y Durango, con el 14.3%. una mayor proporción se encuentra en Chiapas, con el 43.2%; Guerrero, con el 44.6%; Oaxaca, con el 42.2%; Hidalgo, con el 37.9%; Guanajuato, con el 35.3%; Puebla, con el 33.2%; Michoacán, con el 33.8% y Querétaro, con el 37.9%.

Los últimos años se ha incrementado la educación primaria en la ciudad y en el campo; en el área de la educación extraescolar continúa la distribución de libros de texto gratuito y la reforma educativa con estímulo a las carreras cortas.

En 1970, el 58.0% de la población de 6 a 14 años asistió a escuelas primarias. Las entidades con más alta asistencia fueron: Distrito Federal, con el 68.01%; Nuevo León, con el 68.27%; Territorio de Baja California, 65.39% Sinaloa, 64.77% y Chihuahua, con 64.74%. En tanto que Michoacán fue el 52.31% y Guerrero con 53.13%. La deserción escolar constituye un problema. En las escuelas primarias urbanas representa el 11.63% en el periodo 1965-1970 y en las rurales el 16.01% en el mismo periodo.

En las escuelas de educación secundaria en 1970 asistió el 6.29% de personas de 11 a 29 años; a las escuelas de enseñanza preparatoria el 2.54% y a instituciones de educación superior y posgrado y el promedio de escolaridad de la población de 6 años y más en el país fue en el mismo año de 2.9.

En 1972 funcionaron 3,312 jardines de niños, con 468,909 alumnos y 13,280 educadoras; 47,634 escuelas primarias (12,072 en el medio urbano y 35,562 rurales), con 9,860,933 alumnos al fin de cursos y 219,565 maestros. Había en 1971, 2,744 escuelas secundarias, 237 secundarias técnicas, 78 vocacionales, 402 preparatorias, 759 escuelas comerciales; 224 normales, 214 sub-profesionales 282 escuelas profesionales y 517 escuelas especiales. En el Censo de 1970 la población que hablaba únicamente lengua indígena fue de 859,900 representando el 2.1% del total.

Las sierras, desiertos, ríos, lagos y selvas dividen al Territorio Nacional en numerosas regiones ecológicas con limitadas comunicaciones y diversos patrones culturales que es necesario modificar para integrar política, social, geográfica y económicamente a la población.

Nutrición

El tipo de alimentación del Mexicano está deter-

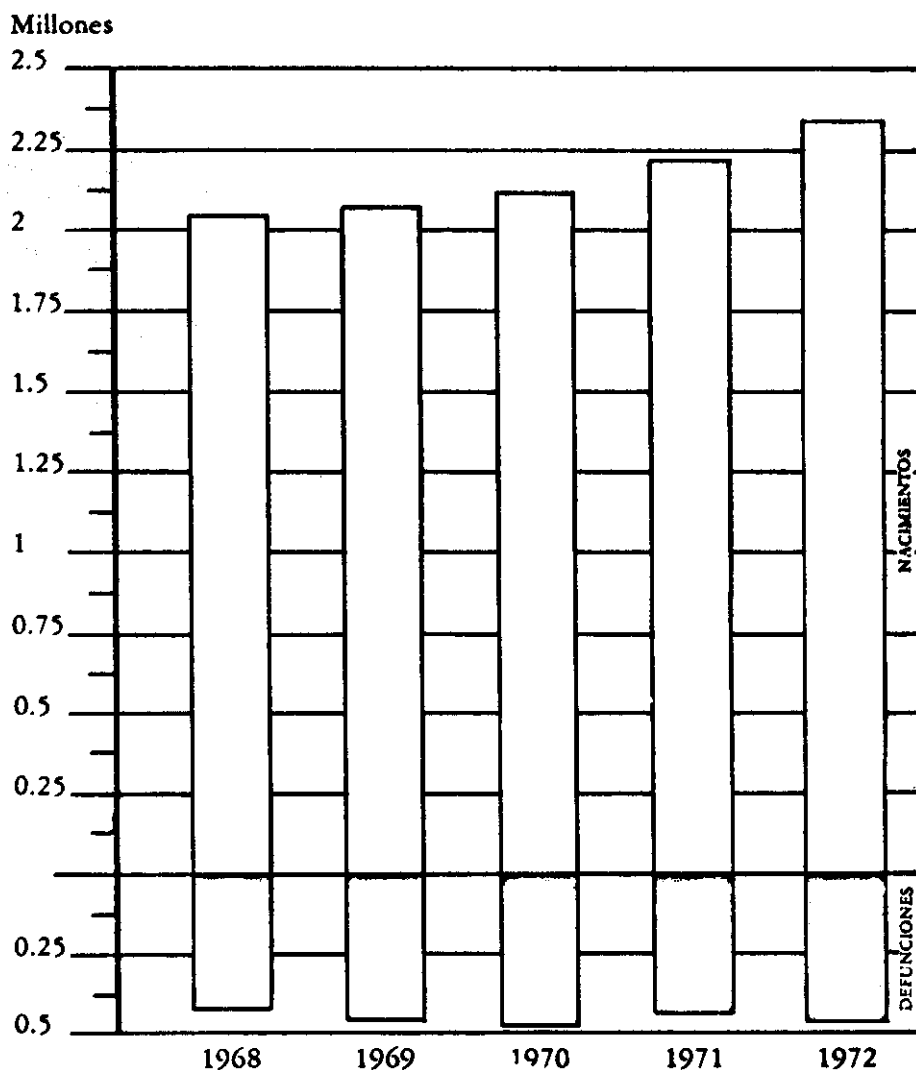
minado por la variedad de patrones culturales, las condiciones económicas y la disponibilidad de alimentos. En la mayor parte de las zonas rurales la alimentación se basa principalmente en maíz, frijol, chile, café y algún otro alimento vegetal. Rara vez se agrega un alimento animal. Otros grupos, sobre todo con mejores ingresos, consumen, además de los alimentos mencionados, arroz, huevo, carne y en ocasiones pescado. En las zonas urbanas, la alimentación se enriquece mediante un mayor consumo de alimentos de origen animal y frutas, sobre todo en los

grupos con mayores ingresos.

El promedio de aporte calórico en la población preescolar en población urbana es de 2,380 calorías, en tanto que en la población rural es de 2,100 calorías por niño y por día.

En 1970, no consumieron carne el 20.0%; huevo el 23.0%; leche el 38.0%; pescado el 70.15% y pan de trigo el 23.0%; en 1940 no lo consumía el 55%.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES



2. Daños a la salud

La salud de la población en México ha registrado cambios considerables en el presente siglo. La mortalidad en 1910 consiguió 505,000 defunciones en una población cerca de 15 millones de habitantes, con una tasa de 33.3 por 1,000. En el quinquenio 1968 a 1972 la mortalidad permaneció a un nivel constante hasta 1970, en que acusa un descenso de 9.9 por 1,000 habitantes, a 9.0 en el último año considerado.

Esta disminución obedece fundamentalmente a descensos en la mortalidad de los menores de 15 años y del grupo de edad productiva, de ellos, en el grupo de menores de un año es en el que se observa un abatimiento en mayor cuantía. Pese a esto, la mortalidad de los menores de 15 años sigue representando una proporción del 48.4% en relación con el total de defunciones.

CUADRO 6

DEFUNCIONES Y MORTALIDAD GENERAL ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1968 - 1972

Año	Tasa (a)	Defunciones
1968	9.6	452,910
1969	9.7	458,886
1970	9.9	485,656
1971	9.0	458,323
1972	9.0	476,206

(a) Tasa por 1,000 habitantes.

FUENTE: Dirección General de Estadística. SIC.

Cuadro 7

DEFUNCIONES Y MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1968-1972

Edad	1968		1969		1970		1971		1972	
	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.
Menores de 1 año	64.2	132,198	66.7	139,366	68.5	146,008	63.3	141,261	62.0	142,964
1 a 4	10.65	66,774	9.7	63,394	10.6	70,563	8.4	59,047	8.9	64,983
5 a 14	1.7	22,600	1.7	21,865	1.6	23,289	1.4	21,292	1.6	22,956
15 a 44	4.2	65,372	3.5	66,810	3.5	68,388	2.9	66,962	3.2	69,516
45 a 64	11.6	60,529	12.2	62,119	13.5	64,320	12.2	61,143	11.2	63,175
65 y más	67.7	105,437	59.8	105,332	6.3	113,088	57.5	108,618	65.0	112,702
Total	9.6	452,910	9.7	458,886	9.9	485,656	9.0	458,323	9.0	476,206

NOTA: En el grupo de menores de 1 año la tasa es por 1,000 nacidos vivos registrados. En los siguientes grupos la tasa es por 1,000 habitantes de cada grupo de edad.

CUADRO 8

MORTALIDAD POR LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1972

Núm. de orden	Causas de defunción	Clave O.M.S.	Núm de defunciones	Tasa (a)
	<i>Todas las causas</i>	000-E999	476,206	9.0
1.	Influenza y neumonía	470-474 480-486	69,087	1.3
2.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	008-009	66,864	1.3
3.	Enfermedades del corazón	393-429	38,858	0.7
4.	Accidentes, envenenamientos y violencias	E800-E999	36,765	0.7
5.	Causas de la morbilidad y morta- lidad perinatales	760-779	25,147	0.5
6.	Tumores malignos	140-209	19,217	0.4
7.	Enfermedades cerebrovasculares	430-438	12,809	0.2
8.	Sarampión	055	11,504	0.2
9.	Cirrosis hepática	571	11,236	0.2
10.	Infecciones respiratorias agudas	460-466	9,661	0.2

(a) Por 1,000 habitantes.

FUENTE: Dirección General de Estadística. SIC.

Las causas de muerte por enfermedades infecciosas representan el 39% del total de causas, entre las cuales cabe destacar la influenza y las neumonías con una tasa de 131 por 100,000 habitantes y las enteritis y otras enfermedades diarreicas con tasa de 130 también por 100,000 habitantes. Debe señalarse que entre las principales causas de muerte aparecen las enfermedades no transmisibles como las del corazón (70 por 100,000 habitantes); los tumores malignos (40 por 100,000 habitantes) y las enfermedades cerebrovasculares (20 por 100,000 habitantes), características de poblaciones que han logrado prolongar su esperanza de vida y establecer mejores los accidentes, que son el resultado de los avances tecnológicos y de la corriente hacia patrones de vida urbanos.

La mortalidad infantil, con tasa de 62 por cada 1,000 nacimientos en 1972, continúa colocando a los menores de un año como la población más afectada, como consecuencia, en especial, de hábitos higiénicos familiares inadecuados y factores ambientales, entre los que el hacinamiento y la contaminación fecal representan un alto riesgo. Esto explica por qué en este grupo de edad la influenza y las neumonías, las enteritis y otras enfermedades diarreicas, continúan en los primeros lugares.

Por otra parte, las limitaciones aún no superadas para la oportuna y adecuada atención médica, especialmente del recién nacido, dado que el 75% de los partos se efectúan por personal no calificado, da lugar a que la morbilidad y la mortalidad perinatales constituyan la tercera causa de muerte en este grupo de edad con una tasa de 10.9 por 1,000 nacidos vivos.

Las enfermedades infecciosas prevenibles mediante procesos de inmunización acusan una disminución; pero aún, junto con otras causas infecciosas, representan el 50% de las enfermedades que hacen perder la vida anualmente a cerca de 150,000 menores de un año.

La mortalidad preescolar, cuya tasa es de 8.9 por 1,000 preescolares, puede considerarse como una respuesta a los riesgos de un panorama como el descrito anteriormente, al que se agregan los accidentes y la desnutrición. Esta última, al aparecer como causa de muerte, obliga a suponer su asociación con otros cuadros patológicos que se ven agravados por esa deficiencia que se hace más aparente en esta edad, aún cuando su gestación puede ubicarse en la segunda mitad del primer año de la vida.

CUADRO 9

MORTALIDAD EN EL GRUPO DE MENORES DE UN AÑO
POR LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1972

Núm. de orden	Causas de defunción	Clave O.M.S.	Núm. de defunciones	Tasa (a)
	<i>Todas las causas</i>	000-E999	142,964	62.0
1.	Influenza y neumonía	470-474	35,830	15.5
2.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	088-099	35,154	15.2
3.	Causas de la morbilidad y de la mortalidad perinatales	760-779	25,147	10.9
4.	Infecciones respiratorias agudas	460-466	6,008	2.6
5.	Septicemia	038	2,625	1.1
6.	Sarampión	055	2,527	1.1
7.	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	260-269	2,321	1.0
8.	Enfermedades del corazón	393-429	1,773	0.8
9.	Tos ferina	033	1,609	0.7
10.	Bronquitis, enfisema y asma	490-493	1,557	0.7

(a) Por 1,000 nacidos vivos registrados.

FUENTE: Dirección General de Estadística, SIC.

La mortalidad escolar alcanza una tasa de 1.6 por 1,000 escolares. Las infecciones disminuyen en esta edad hasta representar el 35% de todas las causas, adquiriendo especial relevancia los accidentes y las violencias. Esto puede ser expresión de defectos educacionales del niño para enfrentarse a los múltiples riesgos de la vida moderna, y de un ambiente defectuosamente controlado que impide ubicarlos en áreas de seguridad. También puede ser consecuencia de que las características urbanísticas de las ciudades no ofrecen lugares adecuados de esparcimiento, y los hogares, además de inseguros son insuficientes para contener una población que por su edad requiere de espacios abiertos.

En este grupo el contacto más amplio con un ambiente contaminado ocasiona que las salmonelosis y la tuberculosis, entre otras, representen enfermedades que se colocan dentro de las principales causas de mortalidad escolar, ya que alcanzan tasas de 0.6 y 0.3 por 1,000 habitantes de 5 a 14 años.

En el grupo productivo, las causas infecciosas descienden al 16%. Paralelamente, empiezan a cobrar importancia otras que son consecuencia de la exposición a riesgos del trabajo, del ritmo de la vida moderna y la prolongación de la vida, tales como las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos, cuya importancia se incrementa

CUADRO 10

MORTALIDAD PRE-ESCOLAR
POR LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1972

Núm. de orden	Causas de defunción	Clave O.M.S.	Núm. de defunciones	Tasa (a)
	<i>Todas las causas</i>	000-E999	64,902	8.9
1.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	008-009	17,276	2.4
2.	Influenza y neumonía	470-474 480-486	11,861	1.6
3.	Sarampión	055	7,133	0.9
4.	Accidentes, envenenamientos y violencias	E800-E999	2,730	0.4
5.	Tos ferina	033	2,099	0.3
6.	Infecciones respiratorias agudas	460-466	1,741	0.2
7.	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	260-269	1,614	0.2
8.	Bronquitis, enfisema y asma	490-493	1,178	0.2
9.	Enfermedades del corazón	393-429	1,004	0.1
10.	Fiebre tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis	001-003	944	0.1

(a) Por 1,000 habitantes de 1 a 4 años.

FUENTE: Dirección General de Estadística. SIC.

considerablemente en el grupo de 45 a 64 años. Las enfermedades neoplásicas, metabólicas y degenerativas representan el 81% de las causas de muerte, que en su totalidad suman una tasa de 3.2 por cada 1,000 habitantes en esta edad.

A partir de los 65 años, la mortalidad se eleva a 65.0 por 1,000 habitantes. El tipo de causas mencionadas para el grupo de 45 a 64 años incrementan su importancia, ya que siendo en su mayor parte de evolución prolongada, es lógico suponer que su desenlace se presente en la etapa terminal de la vida, en la que originan el 84% de las muertes.

Cabe mencionar que el grupo en edad productiva, del sexo femenino, se ve afectado por riesgos inherentes a su función reproductora. En el quinquenio 1968-1972, la mortalidad materna no ofrece modificación, aunque se registran pequeñas oscilaciones. En 1972, la tasa fue de 13. por 10,000 nacimientos registrados. Esta mortalidad está ocasionada principalmente por complicaciones del parto, por hemorragias y por eclampsia. Si bien por su magnitud no son comparables con los riesgos de otras edades, por la trascendencia que implica la pérdida de la figura materna para la integración familiar, deben considerarse como un problema de salud pública de primordial importancia.

CUADRO 11
MORTALIDAD ESCOLAR POR LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1972

Núm. de orden	Causas de defunción	Clave O.M.S.	Núm. de defunciones	Tasa (a)
	<i>Todas las causas</i>	000-E999	22,958	1.6
1.	Accidentes, envenenamientos y violencias	E800-E999	3,837	0.3
2.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	008-009	3,524	0.2
3.	Influenza y neumonía	470-474 480-486	2,359	0.2
4.	Sarampión	055	1,588	0.1
5.	Fiebre tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis	001-003	916	0.6
6.	Enfermedades del corazón	393-429	754	0.5
7.	Anemias	280-285	585	0.4
8.	Tumores malignos	140-209	524	0.4
9.	Tuberculosis todas formas	010-019	398	0.3
10.	Tos ferina	033	345	0.2

(a) Por 1,000 habitantes de 5 a 14 años.

FUENTE: Dirección General de Estadística. SIC.

La morbilidad, siendo el indicador más eficaz para analizar la magnitud de los problemas de salud, ofrece en México información incompleta y poco confiable. Las principales causas reportadas son las consecuencias de la contaminación fecal y del hacinamiento, además de que todavía se registran¹ numerosas causas de enfermedades prevenibles mediante vacunación, como el sarampión (112 por 100,000 habitantes), la tos ferina (41 por 100,000 habitantes) y tétanos (1.2 por 100,000 habitantes). Se registran también algunas otras como el mal

del pinto, la oncocercosis y las enfermedades venéreas, en cuya génesis juegan un complejo e importante papel factores educacionales de la población, y características peculiares del ambiente físico y social en que se desarrollan.

¹ Datos de 1972.

CUADRO 12

MORTALIDAD EN EL GRUPO DE 15 A 44 AÑOS
POR LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1972

Núm. de orden	Causas de defunción	Clave O.M.S.	Núm. de defunciones	Tasa (a)
	<i>Todas las causas</i>	000-E999	69,505	3.2
1.	Accidentes, envenenamientos y violencias	E800-E999	19,401	0.9
2.	Enfermedades del corazón	393-429	5,306	0.2
3.	Influenza y neumonía	490-474 480-486	3,783	0.2
4.	Tuberculosis todas formas	010-019	3,458	0.2
5.	Cirrosis hepática	571	3,197	0.2
6.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	008-009	2,955	0.1
7.	Tumores malignos	140-209	2,924	0.1
8.	Enfermedades cerebrovasculares	430-438	1,659	0.1
9.	Fiebre tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis	001-003	1,422	0.1
10.	Anemias	280-285	1 216	0.1

(a) Por 1,000 habitantes de 25 a 44 años.

FUENTE: Dirección General de Estadística. SIC.

CUADRO 13

MORTALIDAD EN EL GRUPO DE 45 A 64 AÑOS
POR LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1972

Núm. de orden	Causas de defunción	Clave O.M.S.	Núm. de defunciones	Tasa (a)
	<i>Todas las causas</i>	000-999	63,175	11.2
1.	Enfermedades del corazón	393-429	8,942	1.6
2.	Tumores malignos	140-209	6,791	1.2
3.	Accidentes, envenenamientos y violencias	E800-E999	5,923	1.0
4.	Cirrosis hepática	571	4,900	0.9
5.	Influenza y neumonía	470-474 480-486	4,075	0.7
6.	Enfermedades cerebrovasculares	430-438	3,266	0.6
7.	Diabetes mellitus	250	3,206	0.6
8.	Tuberculosis todas formas	010-019	2,448	0.4
9.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	008-009	2,439	0.4
10.	Bronquitis, enfisema y asma	490-493	975	0.2

(a) Por 1,000 habitantes de 45 a 64 años.

FUENTE: Dirección General de Estadística. SIC.

CUADRO 14

MORTALIDAD EN EL GRUPO DE 65 Y MAS AÑOS
POR LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1972

Núm. de orden	Causas de defunción	Clave O.M.S.	Núm. de defunciones	Tasa (a)
	<i>Todas las causas</i>	000-E999	112,702	65.0
1.	Enfermedades del corazón	393-429	21,096	12.2
2.	Influenza y neumonía	470-474 480-486	11,144	6.4
3.	Tumores malignos	140-209	8,488	4.9
4.	Enfermedades cerebrovasculares	430-438	7,351	4.2
5.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	008-009	5,504	3.2
6.	Diabetes mellitus	250	4,240	2.4
7.	Accidentes, envenenamientos y violencias	E800-E999	3,449	2.0
8.	Bronquitis, enfisema y asma	490-493	3,137	1.8
9.	Cirrosis hepática	571	3,011	1.7
10.	Tuberculosis todas formas	010-019	1,855	1.1

(a) Por 1,000 habitantes de 65 y más años.

FUENTE: Dirección General de Estadística. SIC.

CUADRO 15

DEFUNCIONES Y MORTALIDAD MATERNA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1968-1972

Años	Tasa (a)	Defunciones
1968	1.4	2,850
1969	1.5	3,204
1970	1.4	3,050
1971	1.5	3,266
1972	1.3	3,065

(a) Tasa por 1,000 nacidos vivos registrados.

CUADRO 16
MORTALIDAD MATERNA. TRES PRINCIPALES CAUSAS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1972

	Defunciones	Tasa (a)
<i>Todas las causas (630-678)</i>	3,065	13.0
1. Partos con otras complicaciones (tipo de parto no especificado) (661)	1,170	51.1
2. Parto complicado por otras hemorragias Post Partum (tipo de parto no especificado) (653)	370	1.6
3. Eclampsia (637)	364	1.6

(a) Por 10,000 nacidos vivos registrados.

CUADRO 17
MORBILIDAD POR PADECIMIENTOS TRANSMISIBLES
VEINTE PRINCIPALES CAUSAS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1972

Núm. de orden	Causa	Núm. de casos	Tasa (a)
1.	Gastroenteritis	232,626	441.9
2.	Influenza	65,429	124.3
3.	Disenterías	60,415	114.8
4.	Sarampión	59,164	112.4
5.	Paludismo	28,384	53.9
6.	Tos ferina	21,902	41.6
7.	Tuberculosis pulmonar	17,776	33.7
8.	Varicela	15,240	28.9
9.	Parotiditis	14,482	27.5
10.	Blenorragia	14,323	27.2
11.	Salmonelosis	13,405	25.5
12.	Sífilis	11,210	21.3
13.	Tifoidea	7,645	14.5
14.	Hepatitis infecciosa	4,401	8.4
15.	Rubéola	3,059	5.8
16.	Paratifoidea	1,354	2.6
17.	Brucelosis	761	1.4
18.	Lepra	731	1.4
19.	Tétanos	619	1.2
20.	Mal del pinto	377	0.7

(a) Tasa por 100,000 habitantes.

FUENTE: Dirección de Bioestadística.

CUADRO 18

INVALIDECES CLASIFICADAS POR APARATO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1963

Invalideces	Tasa (a)
Musculoeskuelético	59.6
Ceguera	9.4
Debilidad visual	20.0
Sordera	4.1
Deficiencias mentales	300.0
Otros (inválidos sociales)	76.0

(a) Tasas por 10,000 habitantes

FUENTE: Dirección de Rehabilitación. SSA.

En 1956 había 2.600,000 palúdicos con 30,000 defunciones. En 1971 se registraron 42,000 casos, con 38 defunciones, y en 1972 se registraron 26,200 casos y 25 defunciones. En este año se presentaron 17,776 casos nuevos de tuberculosis, con 7,774 defunciones.¹ Se registraron 19,500 leprosos, con 42 defunciones en 1971; 13,000 muertes producidas por enfermedades cerebrovasculares (20 por 100,000 habitantes); 39,000 a causa de enfermedades del corazón (70 por 100,00 habitantes); 150,000 diabéticos, con 7,900 defunciones, que representan una tasa de 1.6 por cada 100,000 habitantes,² 150,000 enfermos de cirrosis hepática, con 10,704 defunciones, que representan una tasa de 0.2 muertes por cada 100,000 habitantes.¹ Existen alrededor de 300,000 epilépticos; 300,000 enfermos con neoplasias malignas y se estima en 6,000 el número de enfermos mentales recluidos y 98,300 enfermos con algún trastorno mental, lo que representa el 0.2% de la población.³ Existen 140,000 enfermos renales, con 7,700 defunciones, que representan una tasa de 1.5% por cada 100,000 habitantes.¹ Se calculan 4 millones de habitantes con algún tipo de invalidez, 50,000 invidentes (95 por 100,000 habitantes); 22,400 sordomudos (41 por 100,000 habitantes); 325,000 con invalideces del sistema musculoeskuelético (596 por cada 100,000 habitantes); 109,000 débiles visuales (200 por cada 100,000 habitantes), y 150,000 hipoacúsicos (280 por cada 100,000 habitantes).⁴

¹Datos de 1972

²Datos de 1971.

³Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Datos de 1972.

⁴Dirección General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubri-

Se registran anualmente 36,000 muertes por violencias externas; 25,000 son debidas a accidentes, de las cuales 7,000 corresponden a accidentes de tránsito y 755 a suicidios.²

Anualmente se registran 500,000 abortos.

El alcoholismo y la drogodependencia requieren cuidadosos estudios, a fin de definir con una confiabilidad adecuada la magnitud de los daños y sus características.

3. Recursos

Los recursos para atender la salud se han ampliado los últimos años. De acuerdo con las atribuciones que le confiere el Estado, corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia el cuidado de la salud y la responsabilidad fundamental de orientar los programas de higiene, promoción de la salud y mejoramiento del ambiente.

En el sector público, además de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, configuran el sector salud el Consejo de Salubridad General, que depende directamente del Titular del Ejecutivo Federal en la fundamentación de la política de salud; la Secretaría de Recursos Hidráulicos; Secretaría de la Defensa Nacional; Secretaría del Trabajo y Previsión Social; Secretaría de Agricultura y Ganadería y el Departamento del Distrito Federal.

Como instituciones descentralizadas, forman parte del sector, el Instituto Mexicano del Seguro Social, que atiende la salud de los obreros y empleados del sector privado,

dad y Asistencia Datos de 1974.

CUADRO 19

NUMERO DE MEDICOS, DE HABITANTES Y EXTENSION TERRITORIAL POR ENTIDAD FEDERATIVA, EXTENSION Y HABITANTES POR MEDICO EN 1970

Entidades	Núm. de médicos	Núm. de habitantes	Extensión territorial en Km ²	Km ² por médico	Habitantes por médico
<i>Estados Unidos Mexicanos</i>	34,107	48,381,547	1,967,183	57	1,418
Aguascalientes	146	338,142	5,539	38	2,318
Baja California Norte	601	870,421	70,113	116	1,448
Baja California Sur	61	128,019	73,677	1,207	2,098
Campeche	117	251,556	51,833	443	2,150
Coahuila	647	1,114,956	151,571	234	1,723
Colima	117	241,153	5,455	46	2,061
Chiapas	341	1,569,053	73,837	216	4,601
Chihuahua	741	1,612,525	247,087	333	2,176
Distrito Federal	14,490	6,874,165	1,499	10	474
Durango	323	939,208	119,648	370	2,907
Guanajuato	561	2,270,370	30,589	54	4,047
Guerrero	386	1,597,360	63,794	165	4,138
Hidalgo	389	1,193,845	20,987	53	3,069
Jalisco	2,535	3,296,586	80,137	31	1,300
México	2,077	3,833,185	21,461	10	1,845
Michoacán	804	2,324,226	59,864	74	2,890
Morelos	332	616,119	4,941	14	1,855
Nayarit	184	544,031	27,621	150	2,956
Nuevo León	1,637	1,694,689	64,555	39	1,035
Oaxaca	529	2,171,733	95,364	180	4,105
Puebla	1,265	2,508,226	33,919	26	1,982
Querétaro	164	485,523	11,769	71	2,960
Quintana Roo	27	88,150	50,350	1,864	3,264
San Luis Potosí	494	1,281,996	62,848	127	2,595
Sinaloa	613	1,266,528	58,092	94	2,066
Sonora	671	1,098,720	184,964	275	1,637
Tabasco	284	768,327	24,661	86	2,705
Tamaulipas	954	1,456,858	79,329	83	1,527
Tlaxcala	102	420,638	3,914	38	4,123
Veracruz	1,800	3,815,422	72,815	40	2,119
Yucatán	496	758,355	39,340	79	1,528
Zacatecas	219	951,462	75,040	342	4,344

FUENTE: Dirección General de Estadística, SIC, Elaborado con datos del IX Censo General de Población.

además de grupos de población campesina en algunas áreas; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que proporciona servicios de salud al personal de la Administración Pública Federal y Estatal; la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez; el Instituto Nacional de Protección a la Infancia; Petróleos Mexicanos; Ferrocarriles Nacionales de México y otras que atienden diversos grupos.

A las instituciones anteriores se suma un gran número de juntas, consejos, comités y comisiones con responsabilidad en áreas específicas. La Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, creada por disposición del Ejecutivo Federal en marzo de 1965, constituye el más importante organismo de coordinación. Presidida por el C. Secretario de Salubridad y Asistencia, forman parte de ella los titulares del IMSS

CUADRO 20

PLAZAS DE PERSONAL PARAMEDICO POR INSTITUCIONES
EN LA REPUBLICA MEXICANA EN 1970

Instituciones	Enfermeras generales	Enfermeras especializadas	Auxiliar de enfermería	Otro personal paramédico
Secretaría de Salubridad y Asistencia	3,956	72	5,735	15,278
Instituto Mexicano del Seguro Social	5,674	798	11,337	24,236
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	659	417	2,168	8,602
Ferrocarriles Nacionales de México	477	24	—	1,005
Secretaría de la Defensa Nacional	866	17	328	3,186
Petróleos Mexicanos	784	60	512	1,519
Secretaría de Marina	136	8	51	378
Instituto Nacional Indigenista	12	—	3	90
Departamento del Distrito Federal	1,793	—	—	2,312
Particulares ¹	2,911	598	6,775	12,395
Otros ²	1,139	138	2,715	3,776
<i>Total</i>	<i>18,407</i>	<i>2,122</i>	<i>29,624</i>	<i>72,777</i>

FUENTE: Dirección General de Estadística, STC y Encuesta directa. Ing. J.L. Tamayo.

¹ No se incluyen unidades sin camas, se incluyen beneficencias, fundadores y asociaciones civiles.

² Se incluyen unidades de la Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Institución Mexicana de Ayuda a la Niñez, Instituto Nacional de Protección a la Infancia, hospitales civiles e instituciones descentralizadas.

y del ISSSTE con la finalidad de evitar duplicaciones innecesarias y aprovechar óptimamente los recursos. A nivel estatal y municipal, los gobiernos atienden la salud a través de diversas organizaciones, y participan de manera importante en estos niveles los Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, los Servicios del IMSS, del ISSSTE y de otros organismos oficiales y descentralizados. Estas instituciones han ampliado progresivamente sus instalaciones y cobertura, además de introducir las modificaciones pertinentes en su organización para responder mejor a la demanda.

El IMSS y el ISSSTE y otras instituciones amparan alrededor de 16 millones de habitantes. El resto de la población debe ser atendido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, estimándose que 20 millones de habitantes, fundamentalmente del medio rural, carecen de servicios médicos en forma permanente.

Recursos humanos

Según el IX Censo General de Población, para el año de 1970 existían en el país 34,107 médicos, ¹ lo que dio una proporción de 1,418 habitantes por médico y 71 médicos por cada 100,000 habitantes.

De acuerdo a su distribución por entidades federativas, en el Distrito Federal existía la mayor concentración de ellos con 14,490, y en el otro extremo se encontraba el territorio de Quintana Roo, con 27. Por debajo del Distrito Federal, todos los Estados tenían menos de 3,000 médicos; 2 entidades, Jalisco y México, tenían entre 2,000 y 3,000 médicos; Nuevo León, Puebla y Veracruz, entre 1,000 y 2,000; 9 estados entre 500 y 1,000; 7 entre 500 y 200 y 8 tenían menos de 200 médicos.

¹ Atlas de la Salud. 1973.

CUADRO 21

CIRUJANOS DENTISTAS SEGUN ENTIDADES FEDERATIVAS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1970

Entidad Federativa	Número de Dentistas	Población	Dentistas por 100,000	Habitantes por Dentista
<i>Estados Unidos Mexicanos</i>	5,101	48,377,363	10.5	9,484
Aguascalientes	21	338,142	6.2	16,102
Baja California Norte	123	870,421	14.1	7,077
Baja California Sur	13	128,019	10.1	9,848
Campeche	24	251,556	9.5	10,481
Coahuila	104	1,114,956	9.3	10,721
Colima	29	241,153	12.0	8,316
Chiapas	98	1,569,053	6.2	16,011
Chihuahua	98	1,612,525	6.1	16,454
Distrito Federal	2,124	6,874,165	30.9	3,236
Durango	42	939,208	4.5	22,362
Guanajuato	45	2,270,370	2.0	50,453
Guerrero	51	1,597,360	3.2	31,321
Hidalgo	32	1,193,845	2.7	37,368
Jalisco	387	3,296,587	11.7	8,518
México	236	3,833,187	6.2	16,242
Michoacán	147	2,320,042	6.3	15,783
Morelos	39	616,119	6.3	15,798
Nayarit	35	544,031	6.4	15,544
Nuevo León	290	1,694,689	17.1	5,844
Oaxaca	81	2,171,733	3.7	26,872
Puebla	187	2,508,226	5.5	13,413
Querétaro	14	485,523	2.9	34,680
Quintana Roo	7	88,150	7.9	12,593
San Luis Potosí	73	1,281,996	5.7	17,562
Sinaloa	71	1,266,528	5.6	17,838
Sonora	88	1,098,720	8.0	12,435
Tabasco	71	768,327	9.2	10,822
Tamaulipas	153	1,456,858	10.5	9,522
Tlaxcala	8	420,638	1.9	52,580
Veracruz	317	3,815,419	8.3	12,036
Yucatán	68	758,355	9.0	11,152
Zacatecas	25	951,462	2.6	38,058

FUENTE: IX Censo General de Población.

CUADRO 22

MEDICOS VETERINARIOS SEGUN ENTIDADES FEDERATIVAS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1970

Entidad Federativa	Total	Hombres	Mujeres
<i>Estados Unidos Mexicanos</i>	2,182	2,025	157
Aguascalientes	17	17	—
Baja California Norte	33	27	6
Baja California Sur	5	5	—
Campeche	14	11	3
Coahuila	36	36	—
Colima	14	10	4
Chiapas	26	24	2
Chihuahua	52	49	3
Distrito Federal	655	600	65
Durango	21	18	3
Guanajuato	64	63	1
Guerrero	21	20	1
Hidalgo	21	18	3
Jalisco	118	108	10
México	154	144	10
Michoacán	59	56	3
Morelos	26	24	2
Nayarit	21	20	1
Nuevo León	65	57	8
Oaxaca	32	31	1
Puebla	65	60	5
Querétaro	42	41	1
Quintana Roo	15	15	—
San Luis Potosí	31	30	1
Sinaloa	37	35	2
Sonora	68	63	5
Tabasco	51	51	—
Tamaulipas	137	134	3
Tlaxcala	16	16	—
Veracruz	212	202	10
Yucatán	27	24	3
Zacatecas	17	16	1

FUENTE: IX Censo General de Población.

CUADRO 23

UNIDADES MEDICAS CON CAMAS Y SIN CAMAS
POR INSTITUCIONES EN LA REPUBLICA MEXICANA

1970

Instituciones	Unidades médicas sin camas		Unidades médicas con camas	
		%		%
Secretaría de Salubridad y Asistencia	396	20.50	1,692	49.46
Particulares	—	—	1,030	30.11
Instituto Mexicano del Seguro Social	432	22.36	404	14.81
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	587	30.38	27	0.79
Petróleos Mexicanos	190	9.83	13	0.38
Secretaría de la Defensa Nacional	148	7.66	23	0.67
Ferrocarriles Nacionales de México	67	3.47	28	0.92
Instituto Nacional Indigenista	36	1.86	40	1.17
Secretaría de Marina	59	3.05	14	0.41
Departamento del Distrito Federal	—	—	23	0.67
Otros	17	0.89	127	3.71
<i>Total:</i>	<i>1,932</i>	<i>100.00</i>	<i>3,421</i>	<i>100.00</i>

FUENTE: Atlas de la Salud

CUADRO 24

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

1970

Instituciones	Consul- torios	Laborato- rios de análisis clínicos	Gabine- tes de radio- logía	Quirófanos	Salas de expulsión	Bancos de Sangre	Áreas de urgencia	Camas de urgencia	Cunas para recién na- cidos en- fermos	Incubadoras
SSA	3,202	244	283	390	713	26	—	223	3,316	315
IMSS	4,996	202	223	368	318	64	—	1,012	4,071	884
ISSSTE	—	75	30	55	29	11	—	131	225	79
Ferrocarriles Nacio- nales de México	232	1	—	34	2	1	—	1,371	110	26
Secretaría de la De- fensa Nacional	167	21	20	28	13	13	23	—	27	29
Petróleos Mexicanos	507	13	13	27	16	—	16	494	73	44
Secretaría de Marina	79	7	8	13	12	2	66	318	40	11
Instituto Nacional Indigenista	23	1	—	—	—	—	—	—	—	—
DDF	166	23	24	47	5	—	—	—	53	104
Particulares	1,815	212	421	1,012	720	68	—	552	4,916	1,123
Otros	597	67	91	160	109	38	—	233	837	233
<i>Total</i>	<i>11,784</i>	<i>866</i>	<i>1,113</i>	<i>2,134</i>	<i>1,937</i>	<i>223</i>	<i>105</i>	<i>4,334</i>	<i>13,668</i>	<i>2,848</i>

FUENTE: Dirección General de Estadística, SIC, y Encuesta Directa. Ing. J.L. Tamayo.

El Distrito Federal tenía 474 habitantes por médico, y en el otro extremo se encontraba Chiapas con 4,601 habitantes por médico. Con cifras intermedias se observó que 10 estados tenían entre 1,000 y 2,000; 13 entre 2,000 y 3,000; 3 entre 3,000 y 4,000 y 5 más de 4,000 habitantes por médico.

En relación a los municipios, de los 2,388 existentes en el país, en el 53% de ellos, 1,267, existía médico; las cifras fluctuaron entre 6 estados con médico en todos los municipios, hasta el de Oaxaca que tenía sólo en el 16% de sus 570 municipios.

En 1973, la Universidad Nacional Autónoma de México llevó a cabo una investigación tendiente a verificar el número de médicos existentes en el país, habiendo obtenido la cifra total de 40,048 médicos.

De los 34,107 médicos censados, el 88.6%, o sean 30,220, ocupaban plazas en instituciones del sector salud, observándose que 43.2%, o sean 13,062, trabajaban en las instituciones de seguridad social siguiente: en el IMSS, 7,532; en el ISSSTE, 3,408; PEMEX, 725; Ferrocarriles Nacionales de México, 447; la Secretaría de la Defensa Nacional, 737 y en la Secretaría de Marina, 219.

Otros 6,720 médicos, correspondiente al 22.2% del total, laboraban en instituciones de asistencia; en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 5,831 y en el Departamento del Distrito Federal, 889. Por otra parte, el 34.6% prestaban servicios particulares y en otras actividades. Existen 34 escuelas y facultades de medicina con 32,000 estudiantes. En el año escolar 1970-1971 hubo unos 3,000 egresados y se calcula una progresión de 2,000 más por año a partir de 1975.¹ Existen 358 radiólogos; 1,066 anestesiólogos; 5,481 técnicos de laboratorio y otras disciplinas médicas.

En el Distrito Federal existen 5 academias médicas, siendo las principales la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía. Existen además 35 sociedades científicas médicas.

En relación a personal de enfermería existían 18,407 enfermeras generales, de las que el 47.4% estaban adscritas a las instituciones de seguridad social, el 31.2% en instituciones de asistencia y el 21.4% de servicios particulares y otros. Por otra parte, se censaron 2,122 enfermeras especializadas, de las cuales el 62.4% laboraban en las instituciones de seguridad social, el 3.4% en instituciones de asistencia y el 34.2% en unidades médicas particulares y otros servicios. Anualmente se gradúan 2,300 enfermeras. Se registraron también 29,624 auxiliares de enfermería, de las que el 48.8% trabajaban en instituciones de seguridad social, el 19.2% en instituciones de asistencia y el 32% en unidades médicas particulares y otros servicios. Además del personal anterior, se contaba con 906 parteras, de las que el 27.8% pertenecían a instituciones de seguridad social, el 37.2% a instituciones de asistencia y el 35% a instituciones particulares y otros.

¹ Dirección General de Estadística, S.I.C., e Investigación directa para el Atlas de la Salud.

En cuanto a personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, éste ascendía a 6,025 individuos, de los cuales el 55.3% pertenecían a las instituciones de seguridad social, el 20.7% a instituciones de asistencia y el 24% a servicios particulares y otros rubros. Aparte de 10,634 personas que se catalogaron como personal paramédico, de las que 8,147 trabajaban en instituciones de seguridad social, 12.0% en instituciones de asistencia y el 11.8% trabajaban en unidades particulares y otros.

Al personal anterior hay que agregar el que realiza labores administrativas, que sumó 17,453 personas, de las cuales el 50% estaban adscritas a las instituciones de seguridad social y el restante 49% pertenecían a las instituciones de asistencia, particulares y otros. El personal de intendencia ascendió a 32,562, de los que el 53% estaban adscritas a las instituciones de seguridad social, el 22.7% a las de asistencia y el 24.3% a instituciones médicas particulares y a otros servicios de 5,323 personas más que trabajan en las unidades médicas del sector salud.

En general, existían 122,930 individuos agrupados como personal paramédico y dedicados al servicio en unidades médicas del sector salud, 50,153 eran enfermeras y auxiliares de enfermería, por lo que correspondía una enfermera o auxiliar por cada 978 habitantes. Tomando en cuenta que de ese total únicamente 20,529 eran tituladas, la proporción es de una enfermera titulada por cada 2,356 habitantes.

Para el mismo año de 1970 existían 5,101 cirujanos dentistas, cifra que daba una proporción de un dentista por cada 9,484 habitantes y 10.5 cirujanos dentistas por cada 100,000 habitantes.

En relación a su distribución por entidades federativas, la mayor concentración de ellos, 2,124, correspondió al Distrito Federal, encontrándose en el otro extremo Quintana Roo, con 7 dentistas. El Distrito Federal tenía un dentista por cada 3,236 habitantes y, opuestamente, Guanajuato y Tlaxcala, contaban con un dentista por cada 50,453 y 52,580 habitantes, respectivamente.

En cuanto a médicos veterinarios zootécnicos, se censaron en el país en 1970 a 2,182. De acuerdo a su distribución por entidades federativas, la mayor concentración de ellos, 665, estaban en el Distrito Federal, y en el punto opuesto, el territorio de Baja California, tenía 5.

Recursos físicos

En 1970, las unidades médicas en la República Mexicana ascendieron a 5,353, de las cuales 3,421 fueron establecimientos con camas y 1,932 sin camas; fueron atendidos en forma destacada por 10 instituciones, más otras que operaron por un grupo de instituciones de menor capacidad operativa.

Tomando en cuenta lo anterior y en relación a las instituciones del sector salud, del total de unidades corresponde a la SSA el 49.46%; el 11.81% al IMSS; el 0.79 a la Secretaría de la Defensa Nacional; el 0.82% a los Ferrocarriles Nacionales de México; el 1.17% al Instituto Nacional Indigenista; el 0.41% a la Secretaría de Marina; el 0.67% al Departamento del Distrito Federal; el 30.11% a particu-

CUADRO 25. 1971

Concepto	Millones de pesos	Por ciento en relación al gasto total de la Federación
Salubridad, Servicios Asistenciales y hospitalarios	4,464	5.6
Bienestar y Seguridad Social	13,196	16.5
<i>Suma</i>	<i>17,660</i>	<i>22.1</i>
Presupuesto total de la Federación	79,656	100.0

FUENTE: Presupuestos de Egresos de la Federación de 1971.

CUADRO 26. 1972

Concepto	Millones de pesos	Por ciento en relación al gasto total de la Federación
Salubridad, Servicios Asistenciales y hospitalarios	5,913	4.8
Bienestar y Seguridad Social	17,164	13.9
<i>Suma</i>	<i>23,077</i>	<i>18.7</i>
Presupuesto total de la Federación	123,381	100.0

FUENTE: Presupuestos de Egresos de la Federación de 1972.

lares y, finalmente, el 3.71% a las unidades médicas que se catalogaron como pertenecientes a otros.

De los demás recursos físicos existentes en el país, en 1970 existían 11,784 consultorios; 866 laboratorios de análisis clínicos; 1,113 gabinetes de radiología; 2,134 quirófanos; 1,937 salas de expulsión; 223 bancos de sangre; 1,741 áreas de urgencias; 13,668 cunas de recién nacidos enfermos; 2,848 incubadoras y, finalmente, 76,081 camas de hospitalización, ¹ de las cuales el 35.6% pertenecían a instituciones de seguridad social; el 23.7 % a instituciones de asistencia; el 19.7% a particulares y el 21% a otros.

Recursos financieros

En los Estados Unidos Mexicanos durante el cuatrienio 1971-1974 se destinó específicamente a las grandes instituciones del sistema nacional de salud, en promedio, el 17.6% del presupuesto total del sector público, que incluyó el gasto directo del Gobierno Federal y el gasto de los organismos descentralizados y empresas propiedad del Gobierno Federal para ser invertidos en salubridad, servicios

asistenciales y hospitalarios y bienestar y seguridad social.

Del análisis de los números absolutos, se observó que el presupuesto total del sector público ha aumentado durante el período señalado, ya que de 79,656 millones de pesos presupuestados en 1971, se elevó la cifra a 230,960 millones en 1974, y concomitantemente a este hecho se observó el incremento del presupuesto asignado a las tres instituciones más grandes del sector salud, que ascendió de 17,660 millones de pesos en 1971, a 23,077 en 1972; a 29,612 en 1973 y a 36,895 en 1974. Estas cantidades han tenido una tendencia porcentual decreciente, ya que en 1971 la cifra asignada correspondió al 23% del presupuesto total; en 1972, al 18.7%; en 1973, al 16.9%, y en 1974, al 16%. En 1940, el sector salud representó el 8.13% del presupuesto total (\$36.5 millones).

En resumen, durante el cuatrienio se han invertido específicamente en las instituciones mayores del sistema nacional de salud, 107,244 millones de pesos, que corresponden al 17.6% del total del presupuesto cuatrienal.

De esta información se concluye que mientras en 1971 se invirtieron en servicio de salud \$353.00 por cada mexicano, en 1974 esa cantidad se había elevado hasta \$670.00 por habitante, no tomándose en consideración el decremento del poder adquisitivo de la moneda.

¹ Datos de 1974 indican un total de 90,000 camas clínicas, lo que da 1.6 camas por cada 1,000 habitantes. Ref. Ing. Tamayo.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia dispone en 1974 de un presupuesto de 3,700 millones de pesos. Esta cifra representa una inversión de \$63.00 por habitante y por año. En 1940, la inversión era de \$0.84; en 1950, de \$5.03; en 1960, de \$15.30, y en 1970, de \$9.86.

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

Asimismo, conviene señalar que a pesar de que corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia dar atención a más del 50% de la población nacional, únicamente tiene asegurado el 1.6% del presupuesto de egresos de la Federación para el año de 1974.

Políticas

1. Incrementar las acciones educativas populares en favor de la salud individual y colectiva.

Tales acciones empiezan desde el nacimiento y abarcan toda la vida. Adoptan modalidades distintas, según los grupos humanos a que se dirijan: hogar, escuela, centros de trabajo y círculos recreativos y sociales.

2. Mejorar las condiciones nutricionales del pueblo en general, con atención preferente a los individuos económicamente débiles, a los niños y a las mujeres gestantes y en período de lactancia.

Se requiere aumentar la producción de alimentos, extender y mejorar su distribución. Será mayor el suministro de raciones complementarias a quienes lo requieran.

3. Proteger la salud del grupo de población económicamente activa.

Comprende tanto los riesgos profesionales como los no profesionales. Respecto de los primeros se dictarán medidas generales de higiene y seguridad en los centros de trabajo urbanos y rurales. La importancia que reviste la salud de quienes son económicamente activos, señala el énfasis que ha de ponerse en ofrecerles, con la máxima eficiencia, toda la gama de los servicios de atención médica disponibles, desde los preventivos hasta los de índole re-habitatoria.

4. Continuar con ritmo creciente los programas de higiene, saneamiento y mejoramiento del ambiente.

Se persigue la finalidad de obtener mejores condiciones sanitarias en el hogar, en el trabajo, en la escuela y en los sitios públicos, así como evitar el deterioro de los sistemas ecológicos.

5. Preservar y mejorar la salud mental de la población, con especial interés en los niños y jóvenes.

Difundir los conocimientos y prácticas de higiene mental que contribuyan a prevenir los trastornos de la conducta. Se emprenderán acciones para diagnosticar con oportunidad las enfermedades mentales. Habrá de prepararse personal en esta área para llenar las distintas ne-

cesidades existentes y se dará fuerte apoyo a trabajos de investigación.

6. Mejorar las condiciones de salud de las madres y de los niños.

Se buscará armonizar las acciones sociales con las de carácter médico y administrativo. Se impulsará el adiestramiento de personal profesional, técnico y auxiliar; se intensificarán los programas de planificación familiar que realicen coordinadamente distintas instituciones, con la tesis y procedimientos aprobados por el Estado.

7. Alentar la participación activa de la población en los trabajos para la salud mediante el servicio social voluntario.

Deberán basarse a nivel estatal y municipal, en cada pueblo y en cada ranchería, con la integración de comités de salud destinados a mejorar el bienestar, la salud y la eficiencia de las colectividades. Que los estudiantes, desde los primeros años de sus estudios profesionales, se incorporen al programa nacional de servicio social, ofreciendo en equipos multidisciplinarios, servicio continuo a los grupos de población menos favorecidos.

8. Reforzar la lucha contra las enfermedades transmisibles.

Se continuará la vigilancia epidemiológica de las enfermedades erradicadas y controladas. Se intensificarán las campañas específicas y se combatirán con particular energía las enfermedades que tengan las tasas más altas de morbilidad. El programa nacional de vacunaciones seguirá en desarrollo según las circunstancias.

9. Vigorizar la lucha contra las enfermedades degenerativas, neoplásicas y metabólicas más frecuentes.

Se pondrá el acento en la prevención y diagnóstico temprano del mayor número de casos en los grupos vulnerables. Consecuentemente se aplicarán las medidas terapéuticas y rehabilitatorias pertinentes, para lo cual habrá de disponer de los recursos necesarios en los servicios de atención médica de primer, segundo y tercer contactos. Proseguir la investigación en estos capítulos se considera de capital importancia.

10. Reducir el número de accidentes que afecten la salud y distorsionen la vida del individuo y de la colectividad.

La educación a los miembros del hogar, a los trabajadores, a los manejadores de vehículos y al público en general, jugará papel preponderante.

Habrán de funcionar comisiones de prevención de accidentes en todos los centros de trabajo. En todas las localidades se organizarán brigadas voluntarias permanentes de auxilio y salvamento para casos de desastre.

Para cada riesgo previsible existirá una norma de prevención y los medios para aplicarla.

11. Ampliar la cobertura y eficiencia de la atención médica.

**RECURSOS TOTALES DEL SECTOR PUBLICO DESTINADOS
A SALUBRIDAD, SERVICIOS ASISTENCIALES Y
HOSPITALARIOS, BIENESTAR Y SEGURIDAD SOCIAL**

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CUADRO 27. 1973

Concepto	Millones de pesos	Por ciento en relación al gasto total de la Federación
Salubridad, Servicios Asistenciales y hospitalarios	7,162	4.1
Bienestar y Seguridad Social	22,450	12.8
<i>Suma</i>	29,612	16.9
Presupuesto total de la Federación	173,879	100.0

FUENTE: Presupuestos de Egresos de la Federación de 1973.

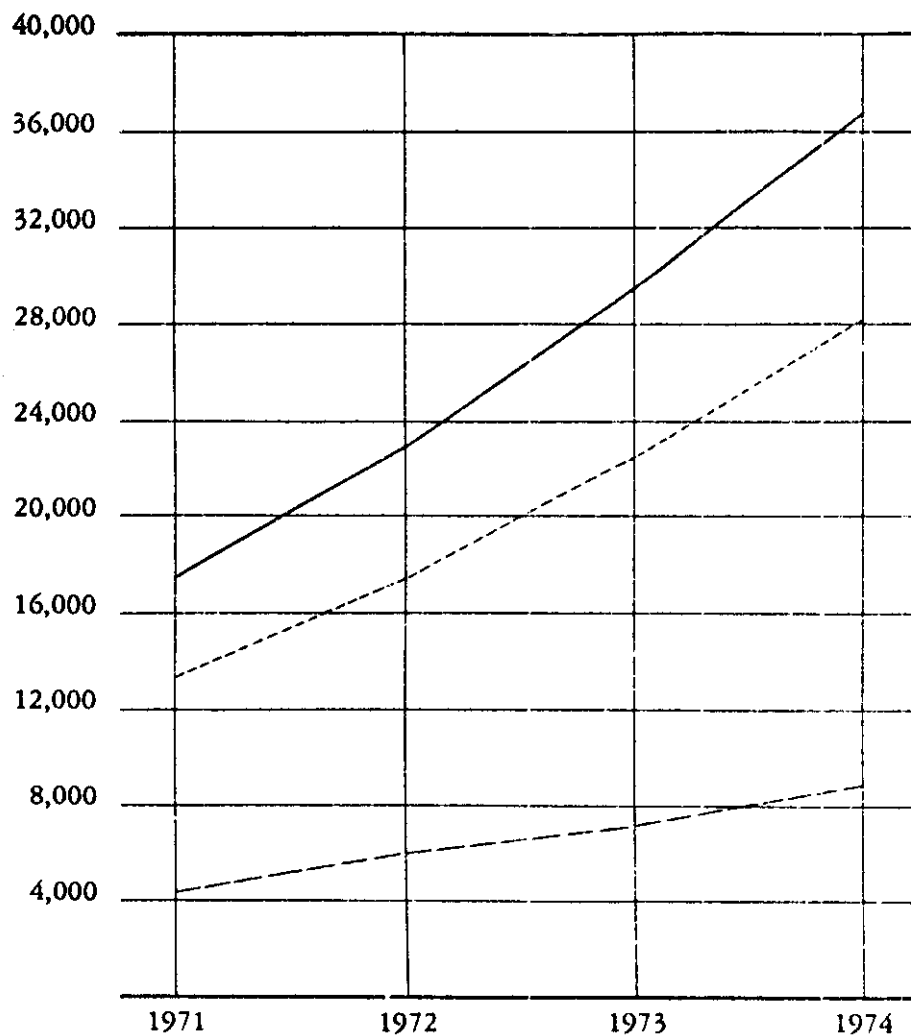
CÚADRO 28. 1974

Concepto	Millones de Pesos	Por ciento en relación al gasto total de la Federación
Salubridad, Servicios Asistenciales y hospitalarios	8,844	3.9
Bienestar y Seguridad Social	28,051	12.1
<i>Suma</i>	36,895	16.0
Presupuesto total de la Federación	230,960	100.0

FUENTE: Presupuestos de Egresos de la Federación de 1974.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
RECURSOS TOTALES DEL SECTOR PUBLICO DESTINADOS
A SALUBRIDAD, SERVICIOS ASISTENCIALES Y
HOSPITALARIOS, BIENESTAR Y SEGURIDAD SOCIAL

Millones de pesos



———Salubridad, Servicios Asistenciales y Hospitalarios
Bienestar y Seguridad Social
Total

CUADRO 29

RECURSOS TOTALES DEL SECTOR PUBLICO DESTINADOS
A SALUBRIDAD, SERVICIOS ASISTENCIALES Y
HOSPITALARIOS, BIENESTAR Y SEGURIDAD SOCIAL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1971-1974

Concepto	Millones de pesos	Por ciento en relacion al gasto total de la Federación
Salubridad, Servicios Asistenciales y hospitalarios	26,383	4.3
Bienestar y Seguridad Social	80,861	13.3
<i>Suma</i>	<i>107,244</i>	<i>17.6</i>
Presupuesto total de la Federación	607,876	100.0

FUENTE: Presupuestos de Egresos de la Federación de 1971 a 1974

Rehabilitar, equipar y aprovechar al máximo la capacidad instalada de las unidades existentes. Planificar la construcción de las nuevas, atendiendo a los principios de regionalización y de asignación de actividades según se trate de atenciones de primer, segundo y tercer contactos. Integrar en un sistema federal los hospitales estatales y municipales. El Sistema Nacional de Hospitales comprenderá, además de los anteriores, los correspondientes a instituciones de seguridad social y los de carácter privado.

12. Reducir la invalidez en todas las etapas de la atención médica.

Las unidades de atención médica tendrán los recursos necesarios para la prevención de enfermedades invalidantes, la atención integral de los enfermos y la rehabilitación somática, psicológica, social, vocacional y profesional de los inválidos.

13. Fomentar la investigación para la salud.

Reforzar los órganos de promoción, las instalaciones, el equipo y los recursos económicos. Incrementar la investigación en las unidades aplicativas. Reducir el aislamiento, el individualismo y la fragmentación, en estas tareas creadoras. Apoyar la preparación de grupos de investigadores que concedan la debida importancia a las áreas: básica, clínica, epidemiológica, administrativa y de la medicina social.

14. Formar equipos de personal en función de las necesidades de la comunidad.

Formar y adiestrar personal, en número, tipo y calidad, adecuados para el ejercicio social de la medicina, en equilibrio con las características y necesidades de cada comunidad.

Ajustar las percepciones y jornadas de trabajo de acuerdo con tabuladores uniformes y jornadas suficientes de adscripción única. Establecer estímulos que favorezcan la dedicación, la capacitación permanente y el mayor rendimiento.

15. Mejorar la información estadística para la salud.

Dictar normas nacionales que unifiquen y sistematizan la información. Modernizar la tecnología empleada y vigorizar la coordinación interinstitucional del sector salud.

16. Mantener en revisión constante las disposiciones legales para la salud.

Armonizar las leyes con las condiciones demográficas, epidemiológicas y sociales, en una palabra con el momento histórico, a fin de que propicien grados de salud, asistencia y seguridad social a toda la población, cada vez mejores y más amplios.

17. Hacer del deporte y la recreación actividades cotidianas que contribuyan a la conservación y mejoría de la salud física y mental.

Se extenderán a toda la población en todas las edades, tanto en la salud como en la enfermedad.

18. Aplicar técnicas modernas de administración para elevar la productividad de las unidades de atención médica.

Mediante una definición adecuada de los objetivos, la asignación racional de las funciones, la integración conveniente de los recursos y la evaluación permanente de los programas de trabajo, se logrará el dinamismo y fluidez requeridos para incrementar la eficiencia de las unidades y como consecuencia, la confianza y reconocimiento de la población derechohabiente.

Objetivos

1. Extender la cobertura de servicios sanitario-asistenciales a la totalidad de la población.
2. Transformar las condiciones adversas del medio en circunstancias propicias para la salud.
3. Incorporar a la población por sí misma y a través de su organización social en el desarrollo de programas de salud.
4. Promover y coordinar las acciones de las instituciones del sector salud, para lograr el máximo aprovechamiento de los recursos y el aumento en la productividad de los servicios.
5. Aumentar la esperanza de vida y crear las condiciones para mejorar la calidad de la misma.

Metas 1974-1976

Servicio Social Voluntario en el Desarrollo de la Comunidad

1. Crear Comités de Salud y Servicios Social Voluntario en todas las capitales de las entidades federativas y en localidades de más de 500 habitantes.
2. Organizar Comités de Salud y Servicio Social Voluntario en las escuelas de enseñanza primaria y secundaria.
3. Organizar Comités de Salud y Servicio Social Voluntario en ejidos y centros de trabajo.

Higiene, Saneamiento y Mejoramiento del Ambiente

1. Dotar de sistemas de abastecimiento de agua a las poblaciones de 2,001 a 3,000 habitantes que carecen de ella.
2. Construir 2,830 obras de dotación de agua en poblaciones mayores de 3,000 habitantes.
3. En localidades que carezcan de agua, lograr que las viviendas que lo requieran cuenten con sistemas de disposición de desechos humanos.
4. Promover en 74 ciudades del país, la adecuada disposición de desechos sólidos y las instalaciones para la reutilización de desechos de plásticos y otras basuras.
5. Realizar obras de mejoramiento de la vivienda y

servicios públicos por lo menos en 3,000 localidades mediante el trabajo de las comunidades.

6. Promover la construcción de viveros forestales en municipios, distritos y unidades de riego.

7. Crear en los municipios donde sea posible campamentos vacacionales y de protección de flora y fauna.

8. Lograr que el 98% de las empresas con alta contaminación; el 80% que producen contaminación mediana y el 60% que producen baja contaminación instalen equipos de control, cumplan con los reglamentos y realicen mejoras en sus instalaciones respectivamente.

9. Lograr el control del 60% de emisiones contaminantes de vehículos automotores nuevos y el del 60% de vehículos de modelo antiguo en población de más de 100,000 habitantes.

10. Diagnosticar la calidad del agua en los cuerpos receptores del país; registrar los efluentes industriales y hacer el tratamiento primario del 80% que contaminan, y reducir en un 30% la contaminación en los principales cuerpos de agua del país.

11. Controlar la disposición de desperdicios radiactivos y el uso de contaminantes teratogénicos.

12. Establecer programas de inspección y muestreo de servicios alimenticios procesados y no procesados.

13. Abatir a niveles tolerables el ruido producido por el transporte, la industria y las actividades domésticas en áreas urbanas.

Educación para la Salud

1. Incorporar la educación para la salud en los programas de las escuelas de enseñanza preescolar, primaria, media, técnica, normal y superior.

2. Preparar y poner en operación programas para capacitar al personal de salud y del Magisterio Nacional en áreas urbanas y rurales, para la realización eficiente de su labor de educación para la salud.

3. Establecer normas para la sistematización de la divulgación sobre salud y enfermedad.

4. Lograr la participación de todas las comunidades en la realización de los programas de educación para la salud.

5. Incorporar la educación para la salud en todos los programas de fomento de la salud, prevención de enfermedades y accidentes y restauración de la salud.

6. Establecer normas para sistematizar la divulgación sobre salud y enfermedad.

Nutrición

1. Mejorar el consumo de alimentos para que la población tenga acceso a una dieta familiar mínima en pro-

porción creciente, de suerte que anualmente se incremente en un 5% la proporción de familias con alimentación satisfactoria.

2. Prevenir y combatir la desnutrición, especialmente para disminuir la mortalidad preescolar y la desnutrición de tercer grado, a fin de alcanzar anualmente un descenso mínimo del 5% en las tasas actuales.

3. Disminuir anualmente en un 20% la actual prevalencia de anemias nutricionales en niños y mujeres embarazadas.

4. Crear un Fondo Nacional de alimentos al servicio de la niñez.

5. Distribuir 32 millones de raciones alimenticias a mujeres embarazadas y en períodos de lactancia; 65 millones a preescolares; 48 millones a enfermos en hospitales y 13 millones de raciones familiares a través del programa de Obras Rurales por Cooperación.

Salud Materno Infantil y Planificación Familiar

1. Reducir la mortalidad materna en un 10%.

2. Disminuir la mortalidad infantil en un 10.5%.

3. Reducir la tasa de mortalidad preescolar en un 18.6%.

4. Disminuir la tasa actual de natalidad a 40.6 por 1,000 habitantes.

5. Proporcionar información, educación y servicios sobre fertilidad y planificación familiar a 600,000 mujeres.

Salud Bucal

1. Investigar en 5 zonas del país las condiciones de morbilidad bucal y cuantificar los recursos humanos privados e institucionales en formación, desarrollo y utilización.

2. Ejecutar el Programa Nacional de Fluoruración, en 11 ciudades protegiendo a 13 millones de habitantes.

3. Promover la fluoruración en otras poblaciones mayores de 100,000 habitantes.

4. Establecer zonas para la distribución selectiva de sal de cocina fluorurada y disminuir en un 30% el problema de caries dental y en 100% el de parodontopatías de la población escolar en localidades de más de 10,000 habitantes, en base al método autoayuda.

5. Ampliar los servicios odontológicos en número de 553 en la SEP, DDF y SSA (en otras instituciones no cuantificado), durante los próximos 3 años.

6. Reglamentar las actividades del personal que integra el equipo de salud bucal: cirujano dentista, asistente dental, higienista dental, técnico medio, mecánico dental, técnico en diseño y reparación de equipo.

7. Promover la formación del personal auxiliar en re-

lación 1 a 1 con el cirujano dentista y la creación de plazas para este personal.

8. Crear 4 Centros Regionales de Recursos Odontológicos para servicio, investigación y adiestramiento.

Salud Mental

1. Crear por lo menos 4 Centros de Salud Mental Comunitarios en el Distrito Federal y 8 en entidades federativas.

2. Crear unidades psiquiátricas en hospitales generales y promover que los nuevos que se construyan dediquen como mínimo el 5% de sus camas a la atención psiquiátrica.

3. Aumentar el número de camas para enfermos recuperables en hospitales regionales y estatales en un total de 800.

4. Construir albergues para enfermos irrecuperables en el Distrito Federal y entidades federativas.

5. Construir talleres protegidos para la rehabilitación de pacientes psiquiátricos.

6. Descubrir y someter a tratamiento a pacientes epilépticos y otros con trastornos psíquicos y de conducta.

7. Crear un Centro de Integración Juvenil en cada una de las entidades federativas y en todas las poblaciones fronterizas.

Salud Ocupacional

1. Elaborar y poner en operación programas de prevención y control de riesgos del trabajo en la totalidad de los establecimientos laborales, de acuerdo con los recursos disponibles de cada uno de ellos.

2. Capacitar personal en técnicas analíticas de investigación operativa y procedimientos de registro de datos en las instituciones de enseñanza y de salud.

3. Que todos los establecimientos laborales conozcan y apliquen en lo posible las normas generales y específicas en higiene y seguridad.

4. Establecer a nivel nacional un sistema uniforme de registro de datos estadísticos sobre riesgos de trabajo.

5. Incorporar a los programas de salud ocupacional a trabajadores y empresarios a través de Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad.

Higiene del Deporte y la Recreación

1. Aumentar en un 20% anualmente el número de personas que actualmente practican el deporte y la recreación organizados.

2. Hacer llegar al 50% de las comunidades del país los avances y progresos de la higiene del deporte y de la recreación.

3. Fomentar la creación por lo menos de 6,500 unidades deportivas en ejidos del país.

4. Construir por lo menos en ciudades de más de 50,000 habitantes unidades deportivas con un radio de influencia de 500 metros.

Producción de Biológicos y Control de Medicamentos

1. Producir durante el período los biológicos para satisfacer las necesidades nacionales.

2. Lograr la preparación de estándares de referencia, colonias certificadas de animales de experimentación y desarrollo de técnicas de control de laboratorio, que permitan garantizar la idoneidad de los productos biológicos que se fabriquen y consuman en el país.

3. Evitar la producción y comercio de productos biológicos que no comprueben satisfactoriamente su eficacia en la prevención o tratamiento de enfermedades.

4. Lograr que todo producto biológico que se introduzca al consumo nacional, o sea objeto de exportación, quede sujeto a las pruebas de control de calidad que establezcan las normas internacionales y nacionales vigentes.

5. Establecer y ejercer un sistema de vigilancia y control de la calidad de los productos biológicos que se fabriquen o consuman en el país.

6. Aumentar la productividad y el nivel técnico de los recursos para el control de calidad de los productos farmacéuticos.

7. Establecer las bases para la evaluación de las condiciones integrales de fabricación de productos farmacéuticos, de acuerdo con los criterios recomendados por la O.M.S.

8. Poner en operación el Cuadro Básico Institucional de Medicamentos y organizar los medios para la formulación del Cuadro Básico Nacional.

9. Promover la creación de un banco nacional proveedor de materia prima para la industria química farmacéutica.

Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles

1. Mantener la erradicación de la viruela, cólera, peste, fiebre amarilla y tifo epidémico.

2. Reducir en un 70% la morbimortalidad de poliomielitis, sarampión, tos ferina, difteria y tétanos.

3. Abatir la morbimortalidad por neumonías, diarreas y amibiasis un 20% del promedio registrado en los últimos cinco años.

Tuberculosis

1. Reducir en un 60% la mortalidad por tuberculosis.

DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION EN
SALUD PUBLICA DE LA SSA

PROGRAMA DE PRODUCCION DE BIOLOGICOS

1974-1983

ANEXO 1

I. VACUNAS BACTERIANAS. Unidades: dosis				
Años	Tifoídica	B.C.G.	D.P.T.	Toxoide tetánico
1974	15.000,000	8.000,000	6.000,000	2.000,000
1975	5.000,000	8.000,000	8.000,000	3.000,000
1976	5.000,000	10.000,000	10.000,000	3.000,000
1977	3.000,000	12.000,000	12.000,000	4.000,000
1978	3.000,000	12.000,000	12.000,000	4.000,000
1979	3.000,000	12.000,000	12.000,000	5.000,000
1980	3.000,000	12.000,000	12.000,000	5.000,000
1981	3.000,000	12.000,000	12.000,000	6.000,000
1982	20,000	12.000,000	12.000,000	6.000,000
1983	20,000	12.000,000	12.000,000	6.000,000

ANEXO 2

II. VACUNAS VIRALES					
Años	Antivaricelosa	Antipoliomielítica	Sarampión	Antitráfica humana*	Antitráfica vacuna
1974	8.000,000	20.000,000	3.000,000	150,000	2.000,000
1975	8.000,000	20.000,000	3.000,000	150,000	3.000,000
1976	9.000,000	20.000,000	3.000,000	150,000	4.000,000
1977	9.000,000	20.000,000	3.000,000	150,000	5.000,000
1978	10.000,000	20.000,000	3.000,000	150,000	6.000,000
1979	10.000,000	20.000,000	3.000,000	150,000	6.000,000
1980	11.000,000	20.000,000	3.000,000	150,000	6.000,000
1981	11.000,000	20.000,000	3.000,000	150,000	6.000,000
1982	3.000,000	20.000,000	4.000,000	150,000	6.000,000
1983	3.000,000	20.000,000	4.000,000	150,000	6.000,000

* Tratamientos de 14 ampolletas.

2. Aplicar B.C.G. hasta alcanzar una cobertura del 80% de los menores de 15 años.

3. Incrementar la pesquisa bacteriológica hasta alcanzar una cobertura del 65% de los tasedores crónicos mayores de 15 años y lograr el control efectivo del 80% de los enfermos.

Paludismo

1. Alcanzar y comprobar la interrupción de la trans-

misión en parte del área en fase de ataque de la región de la Vertiente del Golfo de México y Península de Yucatán.

2. Alcanzar y comprobar la interrupción de la transmisión en el resto del área en fase de ataque de la región de la Vertiente del Golfo de México y parte de las regiones de la Vertiente del Océano Pacífico.

3. Consolidar y ampliar los logros y realizar actividades de mantenimiento en las áreas en fase de ataque que se compruebe la interrupción de la transmisión.

ANEXO 3

III. SUEROS. Unidades: frascos							
Años	Antitoxina tetánica 10,000 U.I.	Antitoxina teránica 2,000 U.I.	Antitoxina diférica 10,000 U.I.	Suero antirrá- bico	Suero antiala- crán	Sueros antiofi- dicos	Gama globulina *
1974	15,000	20,000	10,000	1,000	35,000	20,000	20,000
1975	30,000	30,000	0	1,000	40,000	20,000	30,000
1976	30,000	50,000	10,000	1,000	50,000	20,000	40,000
1977	30,000	50,000	0	1,000	50,000	20,000	50,000
1978	30,000	50,000	10,000	1,000	75,000	20,000	60,000
1979	30,000	50,000	0	1,000	75,000	20,000	70,000
1980	30,000	50,000	10,000	1,000	100,000	20,000	80,000
1981	30,000	50,000	0	1,000	100,000	20,000	90,000
1982	30,000	50,000	10,000	1,000	150,000	20,000	100,000
1983	30,000	50,000	0	1,000	150,000	20,000	110,000

* Se incluyen las gamas hiperinmunes a partir de 1975.

ANEXO 4

IV. REACTIVOS. Unidades: frascos					
Años	P.P.D.*	Coccidioidina*	Histoplasmina*	Antígenos febriles (Juegos de 6)	Estreptolisina (Juegos)
1974	50,000	3,000	3,000	1,000	2,500
1975	50,000	3,000	3,000	2,000	3,000
1976	60,000	3,000	3,000	3,000	3,000
1977	60,000	3,000	3,000	3,000	4,000
1978	70,000	3,000	3,000	3,000	5,000
1979	70,000	5,000	5,000	4,000	6,000
1980	80,000	5,000	5,000	4,000	7,000
1981	80,000	5,000	5,000	4,000	8,000
1982	90,000	5,000	5,000	4,000	9,000
1983	90,000	5,000	5,000	4,000	10,000

* Estas metas anuales están sujetas a ajustes dependientes de la demanda.

Enfermedades venéreas

1. Lograr una oportuna, completa y veraz notificación de los casos de sífilis y gonorrea.

2. Estandarizar las técnicas de laboratorio para diagnóstico y detección de casos a nivel de Centros de Salud Urbanos, Suburbanos y Rurales y equivalentes de otras instituciones.

Fiebre reumática

1. lograr la cobertura de la población escolar de 5 a

14 años, en las localidades con Centros de Salud Urbanos o sus equivalentes en otras instituciones.

2. Extender la cobertura, a la población de localidades con Centros de Salud Suburbanos o equivalentes y a todas las localidades con unidades sanitario asistenciales.

3. Incrementar el manejo adecuado de las estreptococias.

Lepra

1. Perfeccionar la coordinación con los servicios

médicos insitucionales y privados para lograr mejor notificación de los casos, el control de sus contactos y terminar la exploración leproológica del país

2. Controlar al 80% de los enfermos y al 70% de sus convivientes en las áreas cubiertas por el programa.

Mal del pinto

1. Visitar cada 6 meses las localidades con enfermos de mal del pinto hasta que en cuatro visitas sucesivas no se descubran casos nuevos.

2. Lograr la erradicación del padecimiento, entendiéndose con ello la ausencia de casos recientes con menos de 2 años de evolución.

Oncocercosis

1. Continuar el tratamiento médico-quirúrgico en los tres focos existentes y completar en el foco norte de Chiapas la cuarta etapa del programa de lucha antisimúlido.

2. Iniciar en 1975 el programa de lucha antisimúlido en el foco de Oaxaca.

Rabia

1. Realizar en 1974 programas intensivos simultáneos de vacunación antirrábica canina, y eliminación de perros sin dueño responsable en el 50% de las localidades, con 10,000 y más habitantes del país.

Tuberculosis bovina

1. Mantener en control alrededor de 1.125,000 cabezas de ganado bovino de carne en cada uno de los años 1974, 1975 y 1976.

2. Promover la difusión del programa y su legislación para su ejecución a nivel nacional en la ganadería de carne.

3. conocer la prevalencia de tuberculosis de las cuencas lecheras del norte del país.

4. Legislar las acciones del programa y mantener la inspección sanitaria en los rastros municipales en coordinación con la SSA.

5. Iniciar la declaración de municipios libres de tuberculosis bovina donde sea mínima la existencia de ganado lechero.

Otras enfermedades

1. Incrementar la vigilancia epidemiológica y el diseño de encuestas en toxoplasmosis, leptospirosis, tracomia y leishmaniasis.

2. Establecer 10 centros veterinarios antirrábicos por año (1974-1976) en localidades de 100,000 y más habitantes.

3. Continuar durante el período las actividades de vacunación antirrábica y eliminación de perros sin dueño

en las localidades trabajadas.

Encefalitis equina venezolana

1. Establecer las áreas sujetas a riesgo de presentar brotes epizooticos.

2. Realizar campañas de vacunación en poblaciones equinas susceptibles.

3. Lograr una cobertura de protección que reduzca al mínimo las pérdidas por la irrupción de brotes mediante campañas de vacunación en poblaciones equinas susceptibles.

Brucelosis

1. Reducir la prevalencia y establecer el control de la brucelosis bovina, caprina, porcina y ovina.

Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles

1. Practicar exámenes médicos al 60% de la población aparentemente sana mayor de 40 años cubierta por servicios de salud.

2. Reducir la mortalidad por cáncer cérvico-uterino en un 20% y la de cáncer mamario en un 10% en el grupo expuesto al riesgo.

3. Realizar programas contra el cáncer en 12 estados del país y en el Distrito Federal.

4. Efectuar el programa de detección y control de diabetes mellitus en el 20% de los enfermos.

5. Implementar el programa de prevención, detección y control de padecimientos cardiovasculares en todas las localidades mayores de 50,000 habitantes.

6. Crear unidades para auxilios integrales en el paro cardiocirculatorio en hospitales de poblaciones de más de 100,000 habitantes.

7. Controlar el 25% de los pacientes hipertensos descubiertos en población controlada y 15% en población abierta.

8. Satisfacer progresivamente la demanda de atención médica de enfermedades no transmisibles, hasta llegar a un 60%.

Prevención de accidentes

1. Reducir la morbilidad por accidentes de tránsito en un 6% y la mortalidad en un 4.5%.

2. Reducir en un 5% el índice de frecuencia de accidentes del trabajo.

3. Establecer programas de prevención de accidentes en escuelas primarias y secundarias, hogar, edificios y reducir en un 5% la tasa de accidentes. Realizar programas en ejidos y áreas rurales.

4. Crear un Fondo Nacional de Auxilios para casos de siniestros.

5. Mejorar el registro de intoxicaciones y organizar Consejos de Prevención de Accidentes y Centros de Prevención de Intoxicaciones, por lo menos en 6 entidades federativas por año.

Asistencia Médica

1. Proporcionar servicios de salud a 52 millones de habitantes, lo que representa el 85% de la población de 1976. El por ciento restante se cubrirá con acciones de medicina preventiva y auxilios médicos no permanentes.

2. Proporcionar atención médica de primer nivel al 85% de la población que vive en localidades entre 500 y 4,999 habitantes.

3. Crear el Sistema Federal de Hospitales integrado por los Hospitales Civiles y Hospitales de la SSA, y los que se construyan, para computar 25,000 camas.

4. Crear el Sistema Nacional de Hospitales integrado por el Sistema Federal y los recursos del IMSS y del ISSSTE.

5. Poner en funcionamiento Casas de Salud como unidades mínimas en zonas rurales y suburbanas.

6. Incorporar a la SSA 3,000 médicos comunitarios que prestarán servicios a 9 millones de habitantes.

7. Alcanzar en el IMSS una cobertura de 18 millones mediante la ampliación anual de los servicios a un millón de derechohabientes por año y 500,000 habitantes en programas de solidaridad social.

8. Incorporar al ISSSTE 200,000 derechohabientes por año para lograr una cobertura de 3.6 millones.

9. Incrementar los recursos humanos en el IMSS e ISSSTE por lo menos con 1,000 médicos por año.

10. Establecer el Sistema Nacional de Informática en asistencia médica.

11. Organizar un sistema de donación voluntaria de sangre.

Rehabilitación

1. Crear el Consejo Nacional y los Consejos Estatales de Rehabilitación.

2. Organizar un Centro de Rehabilitación y Educación Especial en cada entidad federativa.

3. Construir en el Distrito Federal el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, el Nacional para la Rehabilitación de Ciegos y el de Rehabilitación de Alcohólicos.

4. Organizar unidades de rehabilitación por lo menos en 25 hospitales del país.

5. Ofrecer atención médica rehabilitatoria integral al 100% de la población cubierta por servicios de atención médica.

Asistencia Social

1. Llevar a cabo una encuesta a nivel nacional de los recursos con que cuenta el País en materia de asistencia social y de los niveles del desarrollo, en individuos, grupos y comunidades, social y económicamente vulnerables.

2. Proteger al 40% de los niños menores de 3 años en abandono parcial o total.

3. Disponer de servicios de promoción social juvenil en poblaciones de más de 50,000 habitantes.

4. Contar con la realización de Servicios Sociales Asistenciales a nivel profesional, preventivo, curativo y rehabilitatorio.

5. Incrementar los Servicios Sociales Asistenciales de carácter promocional preventivo preferentemente, pero sin descuidar el aspecto curativo y rehabilitatorio.

6. Establecer un sistema único de asistencia social, determinando su aplicación en el orden público y privado.

Investigación

1. Establecer áreas prioritarias en investigación básica, clínica y epidemiológica.

2. Propiciar la creación de centros de investigación en unidades de salud pública y escuelas de medicina.

3. Fortalecer el Centro de Información Nacional Bio y Sociomédica de la SSA y coordinar sus actividades con las de otros centros.

4. Establecer las características del investigador de carrera y precisar su número y localización en los centros de investigación.

5. Promover la enseñanza de la metodología de investigación científica.

6. Promover la participación de científicos de otros países en los programas nacionales de investigación.

7. Agilizar los procedimientos administrativos para la importación de material y equipo necesarios para los programas de investigación.

8. Obtener el reconocimiento de las carreras relacionadas con la investigación que no están reconocidas por la Dirección General de Profesiones.

9. Incrementar los proyectos actuales de investigación y el número de investigadores.

10. Realizar un registro nacional de investigadores y centros de investigación.

Formación y Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud

1. Realizar el inventario de los recursos humanos existentes en el sector salud y determinar necesidades.
2. Preparar 3,300 médicos generales (1,110 por año) en medicina comunitaria.
3. Preparar un mínimo de 250 profesionales especializados en salud pública.
4. Preparar médicos especialistas, técnicos y auxiliares de acuerdo con las necesidades de los programas.
5. Formar como mínimo 7,500 enfermeras.
6. Preparar 4,500 técnicas y 8,000 auxiliares de enfermería.
7. Adiestrar un mínimo de 3,000 empíricos de la medicina, 1,000 por año, principalmente parteras y 6,000 auxiliares voluntarios de comunidades rurales y suburbanas.
8. Organizar y poner en práctica programas para la preparación de otro personal profesional, técnicos de nivel medio y auxiliares de acuerdo a los programas.
9. Realizar los estudios y organizar los medios para la creación de por lo menos una Escuela de Salud Pública y Escuelas de Salud a nivel de las comunidades para la preparación de auxiliares de salud y voluntarios de comunidades.

Servicio Social de Estudiantes y Profesionales de las Disciplinas para la Salud

1. Establecer un sistema de información permanente relativo al Servicio Social de pasantes de las disciplinas del sector salud.
2. Evaluar la productividad del Servicio Social de pasantes del sector salud.
3. Establecer un sistema interinstitucional para incrementar al máximo la utilización del Servicio Social de pasantes del sector salud en los programas de atención al medio rural de acuerdo a los reglamentos respectivos.
4. Realizar investigaciones sobre las posibilidades del Servicio Social obligatorio de profesionales de las disciplinas del sector salud.
5. Instrumentar un plan piloto para establecer el Servicio Social obligatorio de profesionales del sector salud.
6. Promover la reglamentación del Servicio Social obligatorio de los profesionales del sector salud.

Situación Económica del Personal de Salud

1. Uniformar el salario base de médicos generales y especialistas en las instituciones de salud oficiales y descentralizadas.

2. Lograr que los médicos especialistas y médicos generales con preparación complementaria y calificación académica tengan percepciones superiores a los médicos generales no calificados.

3. Lograr para el médico comunitario percepciones económicas semejantes a las de los médicos especialistas.

4. Uniformar el salario base de odontólogos, médicos veterinarios, enfermeras y otro personal que presta sus servicios en las instituciones oficiales y descentralizadas del sector salud.

Esperanza de Vida al Nacer

Aumentar la esperanza de vida al nacer a 65 años.

METAS PROYECTADAS A 1983

Servicio Social Voluntario en el Desarrollo de Comunidad

1. Organizar Comités de Salud y Servicio Social Voluntario en todas las localidades con más de 100 habitantes.
2. Crear Comités de Salud y Servicio Social Voluntario en las escuelas de enseñanza primaria y secundaria.
3. Organizar Comités de Salud y Servicio Social Voluntario en la totalidad de los ejidos y centros de trabajo del país.

Higiene, Saneamiento y Mejoramiento del Ambiente

1. Haber construido 8,630 obras de abastecimiento de agua en poblaciones menores de 2,500 habitantes, y un número equivalente de sistemas para la disposición adecuada de aguas servidas.
2. En localidades que carezcan de agua, lograr que la totalidad de viviendas que lo requieran cuenten con sistemas de disposición de desechos humanos.
3. Realizar obras de mejoramiento de la vivienda y servicios públicos por lo menos en 10,000 localidades (1,000 por año) mediante el trabajo de las comunidades.
4. Construir como mínimo un vivero forestal por municipio y uno en cada distrito y unidad de riego.
5. Crear en cada municipio, en donde sea posible, un campamento vacacional y de protección de flora y fauna.
6. Lograr que el 98% de las empresas que producen alta contaminación, el 80% media y el 60% baja, hayan instalado equipos de control, cumplido con los reglamentos y realizado mejoras en sus instalaciones.
7. Controlar el 90% de las empresas contaminantes de gases tóxicos y el 80% de las que contaminan por humos y polvos.
8. Controlar el 80% de las emisiones de fuentes móviles en poblaciones de más de 100,000 habitantes.

tes y abatir la contaminación atmosférica por actividades domésticas en un 60%.

9. Reducir la contaminación del agua en un 60% del nivel actual y lograr el control de la contaminación del mar por vertientes desde tierra y buques.

10. Establecer el control de la contaminación por plaguicidas y fertilizantes.

11. Determinar el nivel de ruido: abatir el producido por transportes e industrias en áreas problemáticas y reducirlo a niveles aceptables en áreas habitacionales.

12. Ejercer el control sanitario en el 100% de los establecimientos y fábricas dedicadas al servicio o procesamiento de alimentos.

13. Controlar la disposición de desperdicios radioactivos de plantas termonucleares y los contaminantes teratogénicos o carcinogénicos.

14. Realizar el control de calidad del 100% de los productos alimenticios envasados.

15. Crear el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud.

Educación para la Salud

1. Lograr que la educación para la salud forme parte de todos los programas que realicen las instituciones de salud, seguridad y bienestar social.

2. Que la educación para la salud se encuentre integrada a los programas de enseñanza preescolar, escolar, normal, media y superior.

3. Que exista un sistema de educación continua del personal de salud y el magisterio nacional.

4. asegurar la participación de la población en el desarrollo de los programas de salud.

5. Lograr que los medios de comunicación masiva se utilicen óptima y racionalmente en la educación para la salud.

Nutrición

1. Lograr una alimentación satisfactoria en el 60% de las familias.

2. Reducir a la mitad la prevalencia de la anemia nutricional.

3. Reducir a menos del 1% la prevalencia de la desnutrición primaria de tercer grado en los menores de 5 años.

4. Propiciar la mejoría nutricional integral por lo menos al 60% de las familias mexicanas en especial a las madres y a los niños.

5. Proveer las raciones alimenticias necesarias para

asegurar la correcta alimentación de los niños y madres pertenecientes a familias de muy escasos recursos económicos.

6. Distribuir en el año considerado 51 millones de raciones alimenticias a mujeres embarazadas y en período de lactancia; 7 millones en hospitales y 21 millones a través del programa de Obras Rurales por Cooperación.

Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar

1. Reducir la mortalidad materna en un 37%.

2. Reducir la mortalidad infantil en un 35.2%.

3. Abatir la mortalidad preescolar en un 52.8%.

4. Disminuir la tasa de natalidad a 32 por 1,000 habitantes.

5. Reducir el índice de crecimiento de población a 2.3 por 100 habitantes.

Salud Bucal

1. Lograr la fluoruración del agua en poblaciones de más de 50,000 habitantes.

2. Establecer programas de prevención de enfermedades bucales en base a autoayuda en localidades de 2,500 a 10,000 habitantes.

Salud Mental

1. Crear 28 servicios de psiquiatría comunitaria; 10 en el Distrito Federal y 18 en entidades federativas.

2. Incluir, en hospitales generales, anexos psiquiátricos que representen el 5% del total de las camas; 2 en el Distrito Federal y 14 en entidades federativas.

3. Crear 3 hospitales regionales y 3 estatales con un total de 2,700 camas para enfermos recuperables.

4. Construir 11 albergues para enfermos mentales irrecuperables con un total de 2,500 camas: 2 para el Distrito Federal y 9 foráneos.

5. Que estén funcionando en todas las entidades federativas del país centros de integración juvenil y unidades de urgencia para la atención de casos de farmacodependencia.

6. Instalar 10 talleres protegidos para el Distrito Federal y entidades federativas.

Salud Ocupacional

1. Reducir la tasa de frecuencia de riesgos profesionales de 46.5 a 37.2 y abatir en un 20% la tasa de gravedad.

2. Lograr que esté en operación un sistema uniforme de registro estadístico sobre riesgos del trabajo a nivel nacional.

3. Organizar Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad en todos los centros laborales del país y lograr la incorporación de trabajadores y empresarios a los programas de salud ocupacional.

4. Lograr que trabajadores y empresarios de la totalidad de centros laborales cumplan las normas de higiene y seguridad.

Higiene del Deporte y la Recreación

1. Establecer programas de higiene del deporte y recreación en todas las comunidades de más de 100 habitantes.

2. Construir en todas las ciudades del país unidades deportivas y recreativas para niños y jóvenes con un radio de influencia de 500 metros a la redonda.

3. Construir unidades deportivas en la totalidad de los ejidos.

Producción de Biológicos y Control de Medicamentos

1. Producir por la SSA biológicos en las cantidades que permitan satisfacer las demandas nacionales.

2. Establecer el control de todos los productos biológicos que se importen o exporten de conformidad con las normas internacionales.

3. Realizar el control de calidad del 100% de los productos farmacéuticos.

4. Mantener actualizado el Cuadro Básico Institucional y el Cuadro Básico Nacional de Medicamentos.

5. Lograr un ajuste adecuado en los precios de los productos contenidos en el Cuadro Básico Nacional, de acuerdo con sus normas de calidad.

6. Crear un banco nacional proveedor de materia prima para la industria química farmacéutica nacional.

Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles

1. Mantener la erradicación de viruela, cólera, peste, fiebre amarilla y tifo epidémico.

2. Lograr la erradicación del paludismo en el 95% del territorio nacional.

3. Erradicar la poliomielitis, el mal del pinto y rabia urbana.

4. Abatir un 90 a 95% la morbimortalidad de sarampión, tos ferina, difteria y tétanos y en un 50 a 60% la de neumonías, diarreas y amibiasis.

5. Haber descubierto y mantener bajo tratamiento al 80% de los casos de fiebre reumática.

6. Abatir en un mínimo de 70% las cifras de morbimortalidad por enfermedades venéreas registradas.

7. Reducir la mortalidad por tuberculosis en un 65% .

8. Interrumpir la transmisión de la oncocercosis en los focos de Oaxaca y Norte y Sur de Chiapas.

9. Controlar el 90% de los enfermos con lepra y el 80% de sus convivientes.

Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles

1. Practicar exámenes médicos anuales al 80% de la población mayor de 40 años de edad, aparentemente sana, comprendida dentro de la cobertura de los servicios de salud.

2. Reducir las tasas de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en un 60% y la de cáncer mamario en un 20% en el grupo expuesto al riesgo.

3. Crear en hospitales de poblaciones de más de 50,000 habitantes unidades para auxilios integrales en el paro cardiocirculatorio.

4. Controlar el 75% de los pacientes hipertensos descubiertos en población controlada y el 40% como mínimo en población abierta.

5. Hacer el censo de los enfermos diabéticos del país.

6. Descubrir tempranamente y dar tratamiento adecuado al 75% de los casos de diabetes.

7. Hacer un censo de los enfermos con cirrosis del hígado en nuestro país.

8. descubrir tempranamente y dar tratamiento adecuado al 75% de los casos de cirrosis hepática.

9. Hacer el censo de las principales enfermedades hereditarias en el país.

10. Crear servicios de "consejo genético" en los principales hospitales de la República.

11. Crear cuando menos un centro nacional de referencia para estudios de diagnóstico prenatal.

12. Promover la educación profesional y popular sobre los padecimientos a que se refiere el presente apartado.

13. Establecer unidades para diagnóstico y tratamiento de la diabetes *mellitus* u la cirrosis hepática en todos los centros hospitalarios del país.

Prevención de Accidentes

1. Reducir la morbilidad por accidentes de tránsito en un 8.5% y la mortalidad en un 5.5%.

2. Abatir en un 20% el índice de frecuencia de accidentes del trabajo y en un 20% la tasa de gravedad.

3. Que en las escuelas primarias y secundarias, ejidos y áreas rurales seleccionadas, existan programas de prevención de accidentes.

4. Lograr que en cada entidad federativa funcione un Consejo de Prevención de Accidentes y un Centro de Prevención de Intoxicaciones.

Asistencia Médica

1. Proporcionar servicios de salud a 66.5 millones de mexicanos, lo que representa el 85% de la población. Al resto de los habitantes se proporcionarán los servicios de medicina preventiva suficientes y auxilios médicos discontinuos.

2. Disponer en la SSA de 10,000 médicos comunitarios para lograr una cobertura de 30 millones de habitantes de zonas rurales y suburbanas.

3. El Sistema Federal de Hospitales de la SSA dispondrá de 30,000 camas. Se estima que el IMSS cuente con 64,000 y el ISSSTE 9,200 con un total de 103,200. En el Sistema Nacional de Hospitales se contará con 1.4 camas por 1,000 habitantes y en el país 2.3 por 1,000 habitantes.

4. Funcionarán como unidades mínimas en zonas rurales y suburbanas 12,000 casas de Salud.

5. Alcanzar en el IMSS una cobertura de 28.5 millones, mediante la incorporación anual de un millón de derechohabientes y 500,000 habitantes en programas de solidaridad social. El ISSSTE incorporará un 6% anual de derechohabientes y un 2% de habitantes en programas de solidaridad social.

6. Lograr en el ISSSTE una cobertura de 5 millones mediante la incorporación anual de 200,000 derechohabientes.

7. Haber incrementado con 10,000 médicos los recursos humanos en el IMSS e ISSSTE.

8. Alcanzar la cobertura nacional de donación voluntaria de sangre.

Rehabilitación

1. El Consejo Nacional y los Consejos Estatales de Rehabilitación mantendrán la coordinación nacional en materia de prevención y rehabilitación de invalideces.

2. En todas las entidades federativas habrá un Centro de Rehabilitación y Educación Especial. En el Distrito Federal funcionarán el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación de Ciegos y el de Rehabilitación de Alcohólicos.

En 60 hospitales del país existirán unidades de rehabilitación.

3. Promulgar en 1975 el Reglamento de Rehabilitación que para 1983 tendrá aplicación nacional.

Investigación

1. Duplicar los proyectos actuales de investigación en

el campo de la salud de conformidad con las prioridades.

2. Incrementar en un 100% el número de investigadores.

3. Disponer de las instalaciones y equipo adecuados para la investigación.

4. Aumentar al triple las asignaciones económicas para investigación biomédica.

5. El Centro de Información Nacional Bio y Sociomédica de la SSA satisfará las necesidades de información.

6. Disponer de un registro nacional de investigadores y centros de investigación.

7. Lograr un óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada de los laboratorios de investigación oficiales y privados.

Formación y Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud

1. Lograr índices de un médico por 900 habitantes y un odontólogo por 5,000 habitantes.

2. Adiestrar 1,110 médicos generales por año para alcanzar la cifra de 10,000 médicos comunitarios en 1983.

3. Preparar 800 profesionales especializados en salud pública y alcanzar un índice de 1 por 50,000 habitantes.

4. Preparar médicos especialistas, técnicos y personal auxiliar de acuerdo con las necesidades de los programas de Plan Nacional de Salud.

5. Formar un mínimo de 25,000 enfermeras para disponer de un índice de 6.7 por 10,000 habitantes.

6. Preparar 14,000 técnicas y 79,200 auxiliares de enfermería para obtener un índice de 14.5 por 10,000 habitantes.

7. Haber adiestrado un mínimo de 10,000 empíricos de la medicina, principalmente parteras, y 20,000 auxiliares voluntarias de comunidades rurales.

8. Disponer de otro personal profesional, técnicos de nivel medio y auxiliares de conformidad con los programas establecidos. Que funcionen Escuelas de Salud Pública en las comunidades para preparar Auxiliares de Salud y Voluntarios.

Servicio Social de Estudiantes y Profesionales de las Disciplinas para la Salud

1. Utilizar los servicios de los pasantes en servicio social de las escuelas de medicina, enfermería, obstetricia y veterinaria en los programas de salud.

2. Que se encuentre en funcionamiento un sistema interinstitucional para la plena utilización de los pasantes en servicio social del sector salud.

3. Establecer, en coordinación con los colegios respec-

tivos, el servicio social de profesionales de las disciplinas para la salud.

Situación Económica del Personal de Salud

1. Lograr que el médico general y el especialista de las instituciones de salud oficiales y descentralizadas tengan la misma clasificación y salario base.

2. El salario del médico especialista y del médico general con preparación complementaria y clasificación académica, será superior al del médico general no calificado.

3. El médico comunitario tendrá percepciones económicas semejantes al médico especialista.

4. Uniformar el salario base de odontólogos, médicos veterinarios, enfermeras y otro personal que preste sus servicios en las instituciones del sector salud.

Mortalidad

1. Reducir la mortalidad general de 9.0 a 8.7 por 1,000 habitantes.

Esperanza de vida al Nacer

1. Aumentar a 68 años la esperanza de vida al nacer.

Actividades

Las acciones para el cumplimiento de las metas que han sido señaladas se realizarán en el ámbito del territorio nacional, esto es, comprenderán las 32 entidades federativas con sus municipios y localidades, respetando la división político-administrativa de cada entidad.

En este contexto, y en coordinación con otros sectores, merecerán especial atención las áreas en las cuales se llevan a cabo planes de desarrollo, y aquellas en donde la salud y los desequilibrios socioeconómicos adquieren características de mayor gravedad.

En su realización, el Plan se desarrolla en dos etapas. La primera comprende un conjunto de medidas y procedimientos para el logro de metas a mediano plazo y abarca el período 1974-1976. En este lapso las acciones serán motivo de programas y proyectos anuales que permitan señalar metas precisas y la asignación de recursos que garanticen el desarrollo ininterrumpido de las opciones y su control.

La segunda etapa comprende las proyecciones y metas a largo plazo y se extiende hasta 1983, en atención a la necesidad de que en el país se siga una política de continuidad de los programas actuales aprovechando los progresos en el período 1974-1976.

En la primera etapa se contempla la realización de las actividades incluidas en los programas y subprogramas que integran este Plan, muchas de las cuales están en operación, por lo que se prevé su continuidad y reforzamiento.

Fundamentalmente, y tomando en cuenta la magnitud de los problemas que caracterizan la situación de salud, en el período 1974-1976 se llevarán a cabo las siguientes acciones:

1. Realizar las gestiones necesarias para la organización de Comités de Salud y Servicio Social Voluntario en poblaciones rurales y urbanas.

Se procurará organizar estos Comités en escuelas, centros de trabajo, unidades habitacionales, mercados y centros deportivos.

Se formularán programas de acción inmediata que comprendan la promoción de la salud, mejoramiento del ambiente, prevención de enfermedades, materno infantil y otros. Se establecerán para ello los mecanismos de coordinación adecuados con autoridades estatales, municipales y locales y se elaborarán las normas para su funcionamiento.

2. Formular proyectos de introducción de agua en poblaciones urbanas y rurales. Se organizarán los trabajos para que la realización de las obras se lleve a cabo con la participación de la comunidad y se seleccionarán las poblaciones beneficiarias de las obras de drenaje. Se procurará, a través de programas educativos, que la población rural realice el tratamiento del agua por medios domésticos y la construcción de letrinas.

Se elaborarán las normas para el tratamiento de disposición de aguas de desecho y se organizarán los trabajos para el mejoramiento de la vivienda y espacios públicos.

Se llevará a cabo el inventario de emisiones y fuentes contaminantes y se realizarán campañas de reforestación, además de promover la disposición de desechos sólidos; se actualizarán las normas de medición de emisiones contaminantes y se harán las visitas de inspección, asesoría y aplicación de sanciones a infractores que proceden; se realizará el control sanitario de los alimentos desde su producción hasta su consumo y se pondrán en práctica cursos para capacitar personal relacionado con la producción, almacenamiento, manejo y servicio de los alimentos.

Las acciones se iniciarán en el hogar para proyectarlas en las comunidades, centros de trabajo, de recreación, escuelas y servicios públicos.

3. Informar y capacitar a la población general, trabajadores rurales, especialmente en los ejidos, sobre las medidas necesarias para el fomento de la salud y prevención de enfermedades.

Se elaborarán unidades pedagógicas para el sistema escolar en sus distintos niveles y se realizarán investigaciones sobre las necesidades educativas de diversos grupos y sobre los recursos humanos y materiales aplicables a la educación para la salud, además de incrementar la producción de material auxiliar.

Se formularán normas sobre divulgación de educación para la salud y se creará el Consejo Nacional de Educación para la Salud con la participación de los organismos más representativos.

4. Se promoverá el consumo de alimentos adecuados y se realizarán programas de educación en nutrición a distintos grupos. La población infantil, las mujeres embarazadas, en período de lactancia y los enfermos, serán motivo de atención especial a través de la distribución de raciones alimenticias del Fondo Nacional de Alimentos, del incremento en las acciones del Programa de Obras Rurales por Cooperación y de otras fuentes que se promuevan.

Se realizarán investigaciones sobre las condiciones que determinan el estado nutricional de la población y se organizarán los medios para la supervisión de los programas institucionales de alimentación colectiva. Asimismo, se diseñarán y pondrán en práctica proyectos para la preparación de personal profesional técnico de nivel medio y auxiliar en el campo de la nutrición.

5. Mejorar y ampliar los programas de atención materno-infantil y proporcionar a los distintos estratos sociales la información y asistencia médica necesaria en el cuidado del embarazo y la atención del parto.

Se aumentará la cobertura de atención institucional y se pondrán en práctica programas para la preparación de empíricos para proporcionar cuidados a la población de áreas rurales. Las instituciones de salud del sector proporcionarán orientación sobre fertilidad a la población interesada, estimularán la paternidad responsable y mejorarán los servicios correspondientes.

Se ampliará la cobertura de atención a menores de un año y preescolar por los servicios de la SSA, IMSS, e ISSSTE, actualizando las normas para el funcionamiento de los servicios.

Se pondrá especial cuidado en las acciones tendientes a lograr una mejor integración de la familia para asegurar una más eficiente nutrición y atención en el desarrollo que exige la planeación familiar.

6. Realizar los estudios y gestiones que sean necesarios para la fluoruración del agua en ciudades seleccionadas; incrementar los recursos profesionales y técnicos para la prestación de servicios odontológicos y realizar investigaciones sobre morbilidad bucal. Se establecerán zonas que requieren la utilización de Sal fluorurada y se tomarán las medidas para la ampliación de la cobertura de los servicios.

7. Se tomarán las medidas para mejorar la asistencia psiquiátrica hospitalaria, se elaborarán los proyectos para la construcción de unidades médicas y servicios de psiquiatría comunitarias en el Distrito Federal y entidades federativas. Se formularán también los proyectos para poner en operación unidades psiquiátricas en hospitales generales y albergues para enfermos irrecuperables, además de poner en práctica programas educativos sobre salud mental y crear centros de integración juvenil, bajo el control del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia.

8. Investigar los riesgos del trabajo y establecer las medidas para su prevención y control; se realizarán los trabajos para uniformar nacionalmente los registros sobre riesgos profesionales y para mejorar o crear las unidades técnico-administrativas en los servicios de salud a distintos

niveles que se encarguen de la atención de la salud de los trabajadores.

Se realizarán investigaciones para determinar con mayor precisión los recursos en este campo y se organizará la capacitación de personal y la distribución de las normas sobre higiene y seguridad, además de incrementar la organización de trabajadores y empresarios en Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad para el desarrollo de los programas.

9. Realizar un censo nacional de recursos oficiales y privados para las actividades deportivas y de recreación. Se promoverá la organización de la población para la práctica del deporte y recreación, y se tomarán las medidas para la construcción de unidades deportivas y recreativas en localidades urbanas y rurales, escuelas, centros de trabajo y ejidos.

10. Elaborar y poner en práctica programas anuales de producción de biológicos, iniciar la de hemoderivados e incrementar la de reactivos de diagnóstico. Se supervisarán los establecimientos que producen biológicos y se modernizará el laboratorio central de control y referencia de la SSA.

Se revisarán las normas y reglamentos para el control de calidad de medicamentos, se elaborarán patrones para el control de laboratorios y se llevará a cabo la evaluación y publicación de métodos oficiales para análisis de laboratorio.

Se tomarán las medidas que procedan para crear un Banco Nacional de materia prima para la industria químico-farmacéutica y para mejorar el Cuadro Básico Institucional de Medicamentos, promoviendo también la creación del Cuadro Básico Nacional.

11. Realizar campañas de vacunación masiva de carácter nacional contra poliomielitis, sarampión, tos ferina, difteria, tétanos y tuberculosis. Realizar otras acciones que sean necesarias para la prevención, control o erradicación de enfermedades transmisibles, además de las que se requieran para el descubrimiento de enfermos y su tratamiento.

Se intensificarán las medidas de vigilancia epidemiológica que incluyan registros de morbilidad y mortalidad, reporte de epidemias, investigaciones de laboratorio, estudios epidemiológicos de casos y epidemias, encuestas y otras acciones por razones epidemiológicas y se incrementará la capacitación de personal para atender estos aspectos.

12. Formular y difundir normas sobre prevención, detección y control de enfermedades no transmisibles; realizar acciones para el descubrimiento de enfermos y mejorar los servicios para lograr un aumento de la cobertura en la atención de enfermedades no transmisibles.

Se procederá también a la organización de los servicios de salud para la práctica de exámenes médicos a la población, además de poner en práctica programas educativos.

13. Continuar las labores de promoción, prevención y control de acciones en la vía pública, centros de trabajo, escuelas, hogar y edificios y en el medio rural. La organización de Comisiones de Higiene y Seguridad en Centros de trabajo y Comisiones Permanentes de Seguridad en escuelas y edificios será motivo de acciones sostenidas y enérgicas.

Se promoverá la implantación del seguro obligatorio para la circulación de vehículos de motor y se realizarán estudios sobre características de lesiones para mejorar los servicios médicos de urgencia, transporte de lesionados y comunicaciones. Se fortalecerá la coordinación institucional para la ayuda de la población en casos de siniestros y se promoverá la creación de un Fondo Nacional para este propósito. Se mejorará el Centro Nacional de Información sobre Intoxicaciones, y a nivel estatal se estimulará la organización de Consejos Estatales de Prevención de Accidentes y de Prevención de Intoxicaciones.

14. Crear el Sistema Federal de Hospitales integrado con las instituciones hospitalarias de la SSA, los hospitales civiles que sea factible incorporar y la construcción de nuevas unidades, liberando las aportaciones que dedican los estados y municipios para la operación de hospitales a fin de que se transfieran a los programas generales de salubridad. Se procederá a la rehabilitación de los hospitales que lo requieran y a la dotación del material, equipo médico y personal necesario, así como a la formulación de normas para su organización y funcionamiento en sistemas regionalizados.

Se realizarán las acciones para alcanzar en los próximos 4 años un total de 25,000 camas en el Sistema, se incrementará la preparación de personal y se gestionarán los presupuestos suficientes del gobierno federal.

Además del Sistema Federal de Hospitales de la SSA, funcionarán coordinadamente los Centros de Salud en los cuales se dispondrá de 10,000 camas en los próximos 3 años y en las áreas rurales se establecerá un sistema de atención a la población utilizando médicos comunitarios.

Se creará el Sistema Nacional de Hospitales que estará constituido por el Sistema Federal de Hospitales y los del IMSS e ISSSTE, beneficencia privada, Secretaría de la Defensa Nacional y hospitales privados.

15. Organizar los recursos para proporcionar servicios de rehabilitación integral en diversos campos; realizar las labores de promoción correspondiente para la creación de Centros Regionales de Rehabilitación y Educación Especial.

Se continuarán los trabajos para la creación del Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación y formulación de proyectos para la construcción del Instituto Nacional para la Rehabilitación de ciegos y el de Rehabilitación de Alcohólicos.

16. Realizar estudios sobre las condiciones de salud del país; determinar las prioridades de investigación y reforzar la infraestructura académica de las instituciones de salud y universidades para la formación de investigadores.

Se fomentará la creación de comités y departamentos de investigación en universidades y servicios de salud, y se establecerán los mecanismos de coordinación interinstitucional y se tomarán las medidas para fortalecer el desarrollo del Centro de Información Bio y Sociomédica de la SSA.

Se organizará un registro de las investigaciones que se realicen en el país y se llevará a cabo un inventario de investigadores y centros de investigación, estableciéndose la coordinación necesaria para delimitar áreas y programas.

17. Proporcionar las prestaciones médicas, sociales y económicas que señalen los sistemas de seguridad social a la población amparada por estos sistemas, y organización de los medios para la realización de programas de solidaridad social.

Se establecerán normas técnicas para las acciones de fomento de la salud, prevención de enfermedades, planificación familiar, atención médica, construcción de unidades médicas, capacitación de personal y otras. Para este propósito, se formarán grupos técnicos que fijen criterios de rendimiento, eficiencia y calidad de las actividades.

18. Realizar estudios para determinar los recursos humanos disponibles y las demandas; fortalecer la coordinación con universidades y otras instituciones educativas, y organizar programas de capacitación del personal de nivel profesional, de nivel medio y auxiliares en distintos campos, en el marco de la política educativa nacional y de la que es propia de las instituciones de enseñanza superior.

Se organizaron los medios para la preparación de médicos comunitarios, empíricos y voluntarios de las comunidades. Estos últimos fungirán como auxiliares del personal médico en la atención de problemas de carácter sanitario, prevención y tratamiento de padecimientos comunes de diagnóstico sencillo bajo supervisión con la participación de maestros del medio rural.

Las instituciones de capacitación de personal de salud serán motivo de auxilios y se harán los arreglos para incrementar el número de especialistas en Salud Pública y para la creación de otras Escuelas de Salud Pública.

19. Actualizar el conocimiento de pasantes y profesionales de la salud y organizar un registro de instituciones encargadas de la preparación de personal. Celebrar convenios con estas instituciones para la prestación del Servicio Social y seleccionar áreas y formas de organización del trabajo de pasantes para su distribución en áreas más desprotegidas en la población rural impulsando el servicio multidisciplinario.

En coordinación con los Colegios de Profesionales, determinar las formas de establecer el servicio social obligatorio en consulta y coordinación con los organismos oficiales que tienen competencia en este campo.

20. Revisar, actualizar y difundir a todos los niveles de la administración del sector salud las normas y procedimientos necesarios para mejorar la organización de los servicios y el desarrollo de las actividades comprendidas en los programas.

21. Organizar la supervisión y asistencia técnica a las unidades centrales, niveles intermedios y unidades responsables de las operaciones en el territorio nacional señaladas en los programas.

Formular proyectos para la supervisión en todas las instituciones del sector salud y capacitar al personal que realizará funciones de asesoría y asistencia técnica en los distintos niveles de la organización sanitaria.

22. Realizar los estudios pertinentes para mejorar los sistemas de informática a nivel central, intermedio y local; introducir las medidas para perfeccionar la recolección, transmisión, almacenamiento y proceso de la información sobre las operaciones y sus resultados.

Se llevará a cabo una valoración de equipo y personal para hacer las adquisiciones que procedan, se mejorará la organización de las unidades de informática y se capacitará el personal en estas tareas.

23. Estudiar y poner en práctica métodos y procedimientos para mejorar la organización y administración de los servicios y actualizar y difundir los manuales e instructivos necesarios; perfeccionar los sistemas de administración de personal y presupuestos y realizar estudios para mejorar la administración de almacenes, transportes y suministros diversos.

24. Formular los programas y proyectos que sean necesarios para el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Salud y de los programas de las entidades fedrativas y municipios.

Fortalecer o crear en las instituciones de salud unidades de Planificación a nivel central e intermedio, con funciones de asesoría, asistencia técnica, información y evaluación.

25. Reglamentar y difundir las disposiciones de la legislación vigente en materia de salud y organizar los medios para su aplicación; ampliar los aspectos legales complementarios o concurrentes que sirvan de base para uniformar los principios técnicos y procedimientos que garanticen la salud, la asistencia y la seguridad social de la población.

Estrategias

Primera Etapa 1974-1976

En su conjunto, las medidas que habrán de ponerse en operación responden al propósito de formular una estrategia que permita el cumplimiento de las metas propuestas en beneficio de la salud de la población y propiciar, a largo plazo, no sólo la continuidad de las acciones sino su crecimiento y orientación programada.

La instrumentación de esta estrategia tiene el propósito de modificar favorablemente las tendencias y condiciones que afectan la salud, tomando en cuenta la capacidad instalada de los servicios en función de la demanda y la disponibilidad de los recursos, evitando la dispersión de esfuer-

zos. Se fundamenta, por consecuencia, en la legislación vigente; en la coordinación de las dependencias gubernamentales y organismos descentralizados que configuren el sector salud respetando su estructura y atribuciones; en la utilización racional de los progresos de las ciencias médicas y sociales; en los aportes positivos de la población y en las características de la realidad nacional.

Considerando que los problemas de salud presentan en el país características diferentes en cuanto a magnitud, extensión y profundidad, las medidas fundamentales de esta estrategia son:

1. Fortalecer y ampliar la coordinación intra y extra-sectorial a fin de consolidar la unidad y coherencia de planeación, de ejecución de programas, de elaboración de normas, utilización de recursos humanos y de evaluación de las operaciones y sus resultados. La Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, los Consejos de Especialidades que funcionan en diversos campos y los Consejos de Salud Estatales, representan para este propósito organismos de gran importancia.

2. Utilizar el progreso científico y tecnológico de las ciencias sociales y de la salud en la investigación y desarrollo de los programas.

3. Concentrar los recursos disponibles y los nuevos que se promuevan en la atención de los problemas cuya magnitud requiere atención preferente de acuerdo a los programas del Plan Nacional de Salud. Se procurará para ello el equilibrio entre la importancia de problemas y la capacidad del país para resolverlos, dando énfasis en los aspectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Se pondrá especial cuidado, asimismo, en la organización adecuada de los recursos para la atención de los enfermos, la rehabilitación y asistencia.

4. Se organizará la infraestructura de salud en sistemas regionalizados para la atención escalonada en distintos niveles y se establecerán servicios mínimos y programas de penetración en áreas rurales que carezcan de servicios permanentes.

En el medio rural se organizará la atención médico sanitaria utilizando médicos generales que tendrán el carácter de médico comunitarios que atenderán cada una una población de 3,000 habitantes. Con facilidades de movilización para visitar las comunidades a su cuidado, su misión fundamental será menester el mayor número de personas sanas.

Con preparación complementaria en medicina preventiva y salud pública las funciones de los médicos comunitarios serán la promoción y educación para la salud, la prevención de enfermedades y proporcionar atención médica primaria. Se encargarán también de la capacitación y control de empíricos de la medicina, organización de Comités Mixtos de Salud y Servicio Social Voluntario, además de la dirección y control de pasantes en servicio social de su jurisdicción que sean asignados para colaborar en los programas, los cuales se coordinarán y apoyarán en las labores de maestros y autoridades.

El Sistema Federal de Hospitales responderá a una unidad de doctrina, de mando, de sistemas y procedimientos y de técnica operativa.

Los hospitales del Sistema Federal serán hospitales generales con funciones de servicio, docencia e investigación, en armonía con escuelas de medicina, odontología y enfermería locales, además de su vinculación con centros de salud que computarán 10,000 camas en los próximos 3 años. A nivel de la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social y de los Consejos de Salud Estatales, se establecerá la coordinación del Sistema Nacional de Hospitales para lograr auxilios y apoyos recíprocos entre las instituciones que los constituyen, sin lesionar sus bases jurídicas y administrativas.

5. Orientar las inversiones en salud de conformidad con la magnitud y trascendencia de los problemas, en aquellos campos y lugares que ofrezcan mejores condiciones para la obtención de más altos rendimientos.

6. Promover y estimular un movimiento nacional para la preparación de recursos humanos en el campo de la salud que responda a las necesidades y requerimientos de los programas del sector salud. Se utilizarán para ello las instituciones de salud, las de enseñanza y los recursos que ofrezcan gobiernos de otros países y organismos internacionales de acuerdo a la política nacional y los convenios que se establezcan para este propósito. Para la prestación de servicios en áreas rurales se organizará la preparación de auxiliares y voluntarios de comunidades en todo el territorio nacional.

7. Agilizar los procesos de toma de decisiones, legística y control mediante la adecuación de métodos y procedimientos en el marco de la reforma administrativa, con participación de los distintos niveles de la administración de salud; utilizar los avances de las ciencias sociales y administrativas para el perfeccionamiento de la programación, administración de personal, presupuestos y sistemas de información.

8. Estimular la responsabilidad social de la población y promover y utilizar el trabajo organizado de obreros, campesinos, estudiantes, trabajadores de servicios y grupos privados. Se organizará a la población en ciudades y zonas rurales y se incorporará al trabajo de salud a líderes y autoridades. Se promoverá la realización del servicio social institucional.

9. Difundir y aplicar con propósitos educativos las disposiciones legales vigentes en materia de salud, y actualización constante de los reglamentos a las leyes respectivas.

10. Fortalecer las relaciones con organismos internacionales de salud y otras instituciones afines, y promover y desarrollar nuevos procedimientos de cooperación y asistencia de conformidad con la política gubernamental y los convenios establecidos, especialmente con la Organización Panamericana de la Salud.

11. Promover para el sector salud una proporción mayor de los recursos totales del sector público y gestionar nuevas fuentes de financiamiento.

12. Establecer las medidas necesarias para armonizar el Plan Nacional de Salud, los programas de carácter nacional y los programas estatales y municipales a los planes de desarrollo nacional y regional.

Segunda Etapa 1977-1983

Para el período 1977-1983 será necesario intensificar los esfuerzos para consolidar los resultados de los programas actuales y atender los nuevos problemas que se presenten, tomando en cuenta la estructura y monto de la población, el urbanismo creciente, las demandas públicas y el desarrollo y nivel de relación del sector salud con otros sectores.

Estos factores llevarán al Estado a una responsabilidad cada vez mayor para satisfacer los requerimientos de salud de la población, lo cual implicará la necesidad de aprovechar óptimamente los recursos nacionales y evitar entrelazamientos y duplicaciones innecesarias entre las instituciones de salud, que dificultarían la adopción de normas nacionales y la coordinación de tareas y órganos en función de un plan general.

Por consecuencia, en la etapa futura el sector salud no sólo tendrá la obligación de prestar atención a estos problemas, sino la de fortalecer las condiciones para mejorar la salud y ofrecer servicios de manera más equitativa entre los diversos sectores.

En este contexto, durante el período 1977-1983 la estrategia de salud se orientará básicamente hacia los aspectos siguientes:

1. Reforzar y perfeccionar los medios para dar mayor unidad y dirección a los programas de salud siguiendo una política unificada, coordinando esfuerzos e iniciativas y movilizando una mayor proporción de recursos tecnológicos y financieros a las áreas rurales.

2. Mejorar la organización y administración del sector salud y promover el uso más eficiente y eficaz de los recursos en función de costos y beneficios.

3. Fortalecer la infraestructura para la atención médico-sanitaria y ampliar la red de servicios mínimos en el campo y la cobertura de los programas de seguridad y solidaridad social; dar solidez al Sistema Federal Nacional de Hospitales y realizar estudios para encontrar nuevas formas de organización, métodos y procedimientos que mejoren la atención a la salud de la población mexicana.

4. Introducir los ajustes y medidas para la prevención, control y erradicación de enfermedades transmisibles a la luz de la magnitud y naturaleza de los problemas.

5. Prestar atención a los cambios en la estructura de la población, al desarrollo del país y crecimiento de centros urbanos y de producción, para dedicar mayores recursos a la investigación y cuidado de enfermedades no transmisibles cuyo aumento se prevé para los próximos años.

6. Incrementar los medios para la prevención de accidentes, mejorar el ambiente y reforzar las medidas para la prevención y control de la contaminación del medio humano.

7. Consolidar los programas para la atención materno-infantil y proseguir las acciones educativas y de servicio a la población para fortalecer la paternidad responsable.

8. Intensificar los programas de educación para la salud, nutrición e investigación, de conformidad con la naturaleza de los problemas, el desarrollo socioeconómico del país y los conocimientos y recursos científicos y tecnológicos.

9. Establecer las disposiciones y medidas para una mejor distribución del personal de salud, prepara los cuadros técnicos y administrativos para cubrir insuficiencias y uniformar en definitiva las percepciones de los trabajadores del sector salud en todas sus instituciones.

10. Continuar las acciones para incrementar la participación y responsabilidad de las mayorías nacionales en los programas de salud; estimular y consolidar el servicio social voluntario para armonizar la acción institucional con los aportes positivos de las comunicaciones, y ampliar y perfeccionar los procedimientos para el servicio social de estudiantes y profesionales de la salud.

11. Para encarar la responsabilidad de atender a la salud de toda la población y proporcionar con eficiencia y oportunidad los servicios que se requieren, será necesario reforzar y consolidar el Sistema Nacional de Hospitales y la infraestructura de salud de todas las instituciones.

12. La organización y desarrollo de los programas durante el período 1974-1976 basada en acciones concatenadas entre los servicios de la pequeña comunidad rural a cargo de personal voluntario, casas de salud, centros rurales y urbanos, servicios estatales y grandes instituciones centrales merecerá atención relevante para fortalecerla introduciendo las modificaciones aconsejables que mejoren la organización y rendimientos.

13. A la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, como órgano de coordinación central, habrá que darle el apoyo necesario para el cumplimiento de su cometido, incorporando las instituciones que surjan con el desarrollo del país y que sirvan a sus propósitos. Los Consejos de Especialidades merecerán también apoyo y atención por la importancia de sus funciones al igual que las sociedades médicas y organizaciones de trabajadores.

14. Reforzar los Consejos de Salud Estatales y estimularlos para que la coordinación y formulación de planes y programas constituya labor permanente y responsable. Aprovechar las experiencias y logros de la primera etapa y tomar las medidas para asegurar la confianza y participación de la población y de los órganos locales, municipales y estatales para dar solidez al Sistema Nacional de la Salud.

Organización

1. Las acciones que se han señalado, y las que se deriven de los programas y proyectos que se formulen por instituciones y establecimientos, serán puestas en operación por los organismos del Sector Salud.

Su realización tendrá la flexibilidad necesaria para sortear las eventualidades, y seguirán un proceso escalonado tomando en cuenta la capacidad de los servicios y la disponibilidad de recursos humanos y financieros.

2. Corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, como órgano del Estado, la coordinación del Plan, el establecimiento de políticas y normas nacionales y el ejercicio de las facultades que le confieren las leyes sobre la materia.

3. Los organismos básicos que participarán en la ejecución de las operaciones son, además de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; el Instituto Mexicano del Seguro Social; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Secretaría de Educación Pública; la Secretaría del Trabajo y Prevención Social; la Secretaría de Recursos Hidráulicos; la Secretaría de Agricultura y Ganadería; la Secretaría de la Defensa Nacional; la Secretaría de Marina; la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez; el Instituto Nacional de Protección a la Infancia; Instituciones de enseñanza Superior; Gobiernos de los Estados y Municipios y otros organismos que en diferentes grados y formas tienen responsabilidad en la salud.

Su realización corresponde también a la totalidad de la población y a las instituciones, establecimientos educativos, industriales, comerciales y de servicios. Participarán, de acuerdo con lo que señalen los programas respectivos, las organizaciones obreras, campesinas, de estudiantes, sociedades y sindicatos médicos y otras organizaciones.

4. De acuerdo con la estructura del Sector Salud, tanto las instituciones con régimen de administración centralizada, como las de carácter descentralizado, se rigen por una legislación que señala su campo de acción su cobertura y responsabilidades.

Por consecuencia, cada una de estas instituciones, siguiendo los lineamientos de las políticas expresadas en el presente Plan realizarán las acciones previstas en los programas de conformidad con su estructura, recursos y atribuciones.

5. La coordinación intra y extrasectorial se llevará a cabo en todos los niveles de organización. Para este propósito las Instituciones de Salud Instrumentarán las medidas para el intercambio de información y consulta sobre el rumbo de los programas y las modificaciones que proceda introducir en las operaciones para reorientar la marcha de los programas sin perder de vista el cumplimiento de las metas previstas.

6. La comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social será el instrumento Principal de coordinación. Para mejorar su eficiencia, será motivo de modificaciones en su organización a fin de satisfacer los siguientes aspectos:

que se distribuirá nacionalmente a efecto de disponer de datos uniformes.

Los indicadores e índices que se tomarán como criterio de evaluación son los incluidos dentro de cada programa, que permitirán apreciar el cumplimiento de sus avances y los resultados a su terminación. Dichos parámetros medirán cuantitativamente o cualitativamente los mencionados propósitos.

El proceso de evaluación será simultáneo a todo lo largo de la planificación, organización y ejecución de los programas, además de que se realizará al finalizar cada uno de ellos y del conjunto. De acuerdo con los resultados, se introducirán los ajustes indispensables y las modificaciones en las metas y las actividades como consecuencia de su propio avance, de los descubrimientos y aplicaciones tecnológicas y otros factores.

Se tomarán como indicadores básicos los beneficios obtenidos en los aspectos que se indican a continuación, desglosando los indicadores en aquellos que reflejen con mayor sensibilidad el mejoramiento de las condiciones de salud.

Los indicadores fundamentales son :

- 1.) Mortalidad
- 2.) Mortalidad e invalidez generales
- 3.) Mortalidad infantil
- 4.) Mortalidad preescolar
- 5.) Mortalidad materna
- 6.) Mortalidad proporcional
- 7.) Mortalidad según causas:
 - a.) Mortalidad infantil y preescolar por enfermedades transmitibles, anemia y desnutrición

b.) Mortalidad materna por aborto, por hemorragias, infecciones y toxemias.

c.) Accidentes y homicidios.

d.) Invalidez de evolución prolongada.

Aun cuando las cifras de esperanza de vida sólo pueden tener significado cuantitativo, habrán de ser consideradas para contrarrestarlas con el reto de los indicadores e índices, así como los avances obtenidos en la cobertura de la población según servicios ofrecidos, zona de residencia y estratos sociales, económicos y étnicos.

Por representar experiencia técnica de precedencia, se deberán evaluar los logros obtenidos en las actividades promocionales realizadas por otros órganos del sectorH público en aspectos de educación, saneamiento del medio y mejoría del ambiente, salud mental y producción y disponibilidad de alimentos.

Se habrán de incluir, asimismo, aquellas actividades relevantes de apoyo que dieran lugar a la consecución de objetivos trascendentes, tales como las modalidades de organización seguidas; mecanismos de coordinación; grado de participación de los organismos planificadores en la ejecución de los programas ; el grado de productividad y eficiencia alcanzados por los recursos; avances tecnológicos en equipo y materiales incorporados; nuevos métodos puestos en ejecución; sistemas de información; modificaciones presupuestarias y abatimiento de los materiales.

La responsabilidad de la evaluación, con los caracteres antes señalados, se depositará en las instituciones participantes y en los responsables de los programas. La evaluación general del Plan Nacional de Salud será realizado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual recibirá la información necesaria para mantener actualizado su desarrollo y formular los informes analíticos periódicos que deberán ser publicados y difundidos.

Plan Nacional de Salud (Índice de Programas)¹

- PROGRAMA Servicio Social Voluntario en el Desarrollo de la Comunidad.
- PROGRAMA Higiene, Saneamiento y Mejoramiento del Ambiente.
 Subprograma Control de la Contaminación.
 Subprograma Saneamiento del Medio.
 Subprograma Saneamiento de Alimentos.
- PROGRAMA Educación para la Salud.
- PROGRAMA Nutrición.
- PROGRAMA Salud Materno Infantil y Planificación Familiar.
 Subprograma Salud Materna.
 Subprograma Salud Infantil.
 Subprograma Planificación Familiar.
- PROGRAMA Salud Bucal.
- PROGRAMA Salud Mental.
 Subprograma Psiquiatría Comunitaria.
 Subprograma Farmacodependencia.
- PROGRAMA Salud Ocupacional.
- PROGRAMA Higiene del Deporte y la Recreación.
- PROGRAMA Producción de Biológicos y Control de Medicamentos.
 Subprograma Producción de Biológicos.
 Subprograma Control de Calidad de los Productos Biológicos.
 Subprograma Control de Calidad de los Medicamentos.
- PROGRAMA Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles.
 Subprograma Enfermedades Prevenibles Mediante la Vacunación.
 Subprograma Prevención y Control de las Infecciones Entéricas.
 Subprograma Prevención y Control de las Enfermedades Agudas del Aparato Respiratorio.
 Subprograma Prevención y Control de la Tuberculosis.
 Subprograma Prevención y Control de la Fiebre Reumática.
 Subprograma Erradicación del Paludismo.
 Subprograma Erradicación del *Aedes Aegypti*.
 Subprograma Prevención y Control de la Lepra.
 Subprograma Prevención y Control de las Enfermedades Venéreas.
 Subprograma Prevención y Control de la Oncocercosis.
 Subprograma Prevención y Control de las Zoonosis.
- PROGRAMA Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles.
 Subprograma Prevención y Control del Cáncer.
 Subprograma Procesos Cardiovasculares.
 Subprograma Diabetes Mellitus.
 Subprograma Estudio, Tratamiento y Prevención de la Cirrosis del Hígado.
- PROGRAMA Prevención de Accidentes.
 Subprograma Seguridad Vial.
 Subprograma Seguridad en el Trabajo.
- Subprograma Seguridad en la Escuela, Hogar y Edificios.
- Subprograma Seguridad en el Medio Rural.
- Subprograma Los Desastres y Otras Situaciones de Urgencia.
 Subprograma Las intoxicaciones.
 Subprograma Los Auxilios Médicos de Urgencia.
 Subprograma La Difusión y Relaciones en Materia de Seguridad.
- PROGRAMA Asistencia Médica.
- PROGRAMA Rehabilitación.
 Subprograma Prevención de la Invalidez.
 Subprograma Desarrollo y Creación de Servicios Materiales para la Rehabilitación.
 Subprograma Formación y Desarrollo de Recursos Humanos.
 Subprograma Empleo de Inválidos.
 Subprograma Educación Higiénica.
 Subprograma Conocimiento Estadístico de la Invalidez y la Rehabilitación.
 Subprograma Legislación para el Inválidos.
 Subprograma Educación Higiénica.
 Subprograma Conocimiento Estadístico de la Invalidez y la rehabilitación.
 Subprograma Legislación para el Inválido.
- PROGRAMA Asistencia Social.
 Subprograma Promoción Social Infantil.
 Subprograma Promoción Social Juvenil.
 Subprograma Promoción Social de la Comunidad Urbana.
 Subprograma Residentes en Hogares para Ancianos.
- PROGRAMA Seguridad Social.
- PROGRAMA Investigación.
 Subprograma Investigación Biomédica en las Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.
 Subprograma Investigación Biomédica en la Diabetes Mellitus.
 Subprograma Investigación Biomédica en la Cirrosis Hepática.
 Subprograma Investigación Biomédica en los Padecimientos Cardiovasculares.
 Subprograma Investigación Biomédica en la Nutrición.
 Subprograma Investigación Biomédica sobre la Concepción.
 Subprograma Investigación Biomédica sobre el Nacimiento.
 Subprograma Investigación Biomédica sobre el Crecimiento y Desarrollo.
 Subprograma Investigación Biomédica en la Genética Humana.
 Subprograma Investigación Biomédica sobre Violencias y Salud Mental.
- PROGRAMA Formación y Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud.
- PROGRAMA Servicio Social de Estudiantes y Profesionales de las Disciplinas para la Salud.

¹ Tomado del Vol. III.

Promociones Fundamentales

Colaboradores

Programas

1. Servicio Social Voluntario en el Desarrollo de la Comunidad

Dr. Fidel Mascareño Saucedo
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Sra. Luisa Isabel Campos de Jiménez Cantú
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Lic. Juan Manuel Mendoza Chávez
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Lic. Marco Antonio Morales Gómez
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Lic. Jorge Miranda Pelayo
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Marco Alfonso Goya Narganes
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Pedro Rosales Pérez
Secretaría de la Defensa Nacional
Lic. Roberto Medina Lefort
Instituto Nacional de la Juventud Mexicana
Lic. Ramón Ojeda Mestre
Instituto Nacional de la Juventud Mexicana

2. Higiene, Saneamiento y Mejoramiento del Ambiente

C.P. Francisco Vizcaino Murray
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Ing. Jorge Velasco Ocampo
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Arq. Fernando Sepúlveda Amor
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Arq. Leonardo Martí Escorcía
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Arq. Jorge Ortíz Monasterio
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Armando L. Bejarano
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Raymundo Varela
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Gregorio Martínez Narváez
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Enrique Rivalpalacio
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Enrique Sánchez Palomera
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dra. Blanca Raquel Ordóñez
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Dionisio Aceves Sainos
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Ing. Eligio Mayorga Salazar
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Ing. Matías R. Ayala Zazueta
Secretaría de Agricultura y Ganadería
Ing. Javier Gaxiola Flores
Secretaría de Agricultura y Ganadería
Dr. Humberto Bravo
Secretaría de Comunicaciones y Transportes

Ing. Humberto Romero Alvarez
Departamento del Distrito Federal
Dr. Andrés Olmos Sánchez
Secretaría de Educación Pública
Ing. Gaspar García Martínez
Secretaría de Industria y Comercio
Contralmirante Gilberto López Lira
Secretaría de Marina
Ing. Miguel Angel García Lara
Petróleos Mexicanos
Ing. Hugo R. Higareda
Secretaría de Recursos Hidráulicos
Ing. Gerardo Cruickshank García
Secretaría de Recursos Hidráulicos

3. Educación para la Salud

Dr. Jorge Gage Barragán
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Ricardo Loewe Reiss
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Fernando Martínez Salazar
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Roberto Sandoval Delecolle
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Pedro Alonso Barahona
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Andrés Olmos Sánchez
Secretaría de Educación Pública
Dra. Graciela Ramos Basave
Secretaría de Educación Pública
Dr. Julián Muñoz Apreza
Secretaría de Educación Pública
Sr. Enrique Orellana Mora
Consejo Nacional de la Publicidad

4. Nutrición

Dr. Salvador Zubirán Anchondo
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Silvestre Frenk Freund
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Andrés G. de Witt Greene
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Lic. Enrique Díaz Ballesteros
Compañía Nacional de Subsistencias Populares
Lic. Juan José Páramo Díaz
Programa Nacional de Alimentos, CONACYT
Dr. Adolfo Chávez
Instituto Nacional de la Nutrición
Dr. Héctor Bourges
Instituto Nacional de la Nutrición

5. Salud materno infantil y Planificación familiar

Dr. David Fragoso Lizalde
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. José Manuel Septién
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. José Arias Huerta
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. José A. Solís Urdaibay
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. Armando Torres Ramírez
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. Manuel Sánchez Rosado
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. Jorge Muñoz Turnbull
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. Jesús Álvarez de los Cobos
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. Luis Castelazo Ayala
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Andrés G. de Witt Greene
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Luis A. García Cantú
Departamento del Distrito Federal

Dr. Andrés Olmos Sánchez
Secretaría de Educación Pública

Lic. Luisa María Leal Tuk
Secretaría de Gobernación

Dr. Luis Torregrosa Ferréaz
Hospital Infantil de México

Dr. Alfonso Álvarez Bravo
Hospital Español

Lic. Héctor Hernández Schauer
Instituto Nacional de Protección a la Infancia

Dr. Alger León Moreno
Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez

Lic. Fernando Castro Castro
Secretaría de Relaciones Exteriores

Lic. Juan Barona Lobato
Secretaría de Relaciones Exteriores

6. Salud bucal

C.D. Fermín Reygadas Macedo
Secretaría de Salubridad y Asistencia

C.D. Alfredo Flores Lozano
Secretaría de Salubridad y Asistencia

C.D. Alfredo Gómez Castellanos
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dra. Ma. del Carmen Flores Hurtado
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Elinora Méndez Villareal
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dra. Lucila Lagos Maciel
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. José Fernández Beltrán
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

C.D. Joaquín Sánchez y Castillo
Asociación Dental Mexicana

C.D. Víctor López Cámara
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología

Dr. Andrés Olmos Sánchez
Secretaría de Educación Pública

Dr. Alfonso Rodríguez Galván
Secretaría de Educación Pública

Dr. Luis García Galeano
Secretaría de Educación Pública

C.D. Ma. Enriqueta Escarza Mestas
Secretaría de Educación Pública

Dr. Antonio Fragozo Ramírez
Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez

7. Salud mental

Dr. Guillermo Calderón Narváez
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. Rafael Velasco Fernández
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. Renán Villanueva Sosa
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. Carlos Pérez Ares
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. Héctor Tovar Acosta
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Eduardo Dallal y Castillo
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Guido Belssaso
Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia

Dr. Luis A. Gamiochipi Carbajal
Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Carlos Pucheu Regis
Universidad Nacional Autónoma de México

8. Salud ocupacional

Ing. Luis Rivera Ramírez
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. Antonio Ruiz Salazar
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. Roberto Curiel Cueto
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Pedro Ramos González
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Alejandro Olivera Acosta
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Rodolfo Benavides
Congreso del Trabajo

Dr. Federico Ortiz Quezada
Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Dr. Alejandro Rojas Piña
Secretaría del Trabajo y Previsión Social

9. Higiene del deporte y la recreación

Dr. Ismael Zurita Serrano
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Profr. Joel Tentori Santín
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Rafael Aveleyra Fierro
Secretaría de la Defensa Nacional

Prof. Efraín Jarquín
Secretaría de la Defensa Nacional

Dr. Andrés Olmos Sánchez
Secretaría de Educación Pública

Dr. Francisco Portilla
Secretaría de Educación Pública

Dr. Francisco Domínguez
Secretaría de Educación Pública
Dr. Josué Goiz Durán
Secretaría de Educación Pública
Dr. Fabio Gerard
Secretaría de Educación Pública
Dr. Enrique Solís Cervantes
Secretaría de Educación Pública
Prof. Alfonso Castillo Jiménez
Instituto Nacional de Bellas Artes
Dr. Aniceto Ortega Espinosa
Confederación Deportiva Mexicana
Dr. Juan González Zavala
Asociación de Profesores Universitarios
Psic. Gabriel Malvárez Galindo
Universidad Nacional Autónoma de México

10. Producción de biológicos y control de medicamentos

Dr. Adolfo Pérez Miravete
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Jorge Fernández de Castro
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Q.B.P. Gonzalo Alonso Colmenares
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Q.B.P. Eduardo Fernández Escartín
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Gerardo Varela Mariscal
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Luis Mourey Valdez
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Pedro Solís Cámara
Instituto Mexicano del Seguro Social
Q.B.P. Horacio Olivera
Instituto Mexicano del Seguro Social
Q.F.B. Ma. Luisa del Castillo de Sánchez
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Francisco Durazo
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Emilio Montaña Aubert
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

11. Previsión y control de las enfermedades transmisibles

Dr. Jorge Vilchis Villaseñor
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Rodolfo Verástegui López
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Rafael Sentfés Villalvazo
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Arturo Ortíz Cruz
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Enrique Escobedo Valdez
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dra. Ma. Guadalupe Ayala Uribe
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Guillermo Suárez Torres
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Eduardo Gutiérrez Salinas
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. Oscar Alfaro Rodríguez
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Samuel Quan Kiu
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Víctor Manuel Espinosa y de León
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Fause Atrie Cury
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Faustino Gazca García
Secretaría de Salubridad y Asistencia
M.V. Jorge Cárdenas Lara
Secretaría de Salubridad y Asistencia
M.V. Fernando Vargas Pino
Secretaría de Salubridad y Asistencia
M.V. Juan Manuel Campos Terrón
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. José Morales García
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Ausencia López Arce
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Rafael Olivera Toro
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Rolando Carrera Cárdenas
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Gonzalo Cano Pérez
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Luis Beirana Fentanes
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Enrique Verduzco Guerrero
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Jesús Domínguez Domínguez
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Susano Aranda Orozco
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Jesús Saucedo López
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dra. Patricia Longega
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. José Tovar Cepeda
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Dionisio Aceves Sainos
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Manuel Sánchez Rosado
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Joaquín Miranda B.
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Renán Villanueva Sosa
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Pedro Alonso Barahona
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

12. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles

Dr. Horacio Zalce
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Ramón Blancarte
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dra. Blanca Raquel Ordoñez
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Luis Méndez
Instituto Nacional de Cardiología
Dr. Jorge Sonf Cassani
Instituto Nacional de Cardiología
Dr. Oscar Lozano Castañeda
Instituto Nacional de la Nutrición
Dr. Rubén Lisker
Instituto Nacional de la Nutrición
Dr. Luis Guevara González
Instituto Nacional de la Nutrición
Dr. Enrique Wolpert
Instituto Nacional de la Nutrición
Dr. David Kershenovich
Instituto Nacional de la Nutrición
Dr. J. de Jesús Villalobos
Instituto Nacional de la Nutrición

13. Prevención de accidentes

Dr. Ricardo Campos Huttich
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Antonio Ruiz Salazar
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Ing. Héctor Guerra Solalinde
Departamento del Distrito Federal
Dr. Alejo Vargas Hernández
Secretaría de Educación Pública
Ing. Genaro Portales Trujillo
Secretaría del Trabajo y Previsión Social
Ing. Jorge Suárez Peredo
Asociación Mexicana de Higiene y Seguridad, A.C.
Dr. Javier Franco Trujillo
Secretaría del Trabajo y Previsión Social
Ing. Mario Ruiz Carranco
Secretaría de Industria y Comercio
Ing. Francisco C. Carbajal Arteaga
Secretaría de Educación Pública
Cap. Gregorio Ramírez Lowrw
Departamento de Turismo
Ing. Luis Aristáin M. de C.
Asociación Mexicana de Técnicos en Seguridad, A.C.
Sr. Agustín Armenta
Asociación Mexicana de Técnicos en Seguridad, A.C.
Ing. José Mirabent González Jáuregui
Secretaría de Obras Públicas
Lic. Miguel Capó Arteaga
Secretaría de Comunicaciones y Transportes

14. Asistencia Médica

Dr. Julio Ríos Galindo
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. José H. Márquez Verduzco
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Pascual Navarro Murillo
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Antonio Castañeda García
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Luis E. Aguirre Vázquez
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Dr. Francisco Aguilar Cab
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Lic. José Luis Gómez Leal
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Fernando Martínez Cortés
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. José Manuel Sainz Janini
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Rodolfo De Mucha Macías
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. José Angel Gutiérrez Sánchez
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. José Deveaux Cazorla
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Mario Espina Gómez
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Gustavo Baz Prada
Hospital de Jesús
Dr. Alberto Tip Flores
Hospital de Jesús
Dr. Pedro García Moreno
Hospital de Jesús
Dr. Carlos Zamarripa Torres
Hospital de Jesús

15. Rehabilitación

Dr. Luis Guillermo Ibarra
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Gustavo del Toro Gallardo
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Luis Montes de Oca Domínguez
Secretaría de Salubridad y Asistencia
C.P. Enrique Velasco Jiménez
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dra. Edna Berumen
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dra. Alicia Castañeda
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Lic. T.S. Araceli Tlatoa
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Profr. Humberto Peralta
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Luis S. Rosales
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Hugo Pedroza Escalera
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Lic. Héctor Sánchez Torres
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Lic. Francisco Rosete
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Roberto Barrientos
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Marco A. Alarcón
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Jaime Orozco y Matus
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Juan Enrique Quintal
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dra. Rosa Beatriz Azpiroz Contreras
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

16. Asistencia social

Lic. Juan Manuel Mendoza Chávez
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Lic. Marco Antonio Morales Gómez
Secretaría de Salubridad y Asistencia
T.S. Lidia Rivera Granguillhome
Instituto Mexicano del Seguro Social
Profa. Aurora Arrayales Sandoval
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Manuel Tovilla y Pomar
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Francisco Núñez Chávez
Secretaría de Gobernación

17. Seguridad social

Dr. Habib Nasser Quiñones
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. César Lechuga Rojas
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Manuel Gómez Noguera
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Mayor Miguel López Sánchez
Secretaría de la Defensa Nacional
Coronel de Infantería Jesús Izquierdo
Secretaría de la Defensa Nacional
Dr. Luis González Rentería
Ferrocarriles Nacionales de México
Dr. Tizoc Aguilar Lara
Secretaría de Marina
Dr. José Valdez Félix
Petróleos Mexicanos

18. Investigación

Dr. Eduardo Echeverría Álvarez
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Carlos Campillo Sainz
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Juan Álvarez Tostado
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Mario Salazar Mallén
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dra. Blanca Raquel Ordóñez
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Luis Peregrina
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Jorge Vilchis V.
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. José Manuel Septién
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Dr. Luis Castelazo Ayala
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Pedro Solís Cámara
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Pablo Mendoza
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Ernesto Díaz del Castillo
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Samuel Karchmer
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Juan Rodríguez Argüelles
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Juan Urrusti Sanz
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Carlos Mac Gregor
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Rafael Ramos Galván
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Andrés G. de Witt Greene
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Eduardo Dallal y Castillo
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Ramiro Bethca Suárez
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Eduardo Lowenberg Favela
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Miguel Ángel Pezzoti
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Jesús Lozoya Solís
Asociación Nacional de Pediatría
Dr. Guillermo Solomón Santibáñez
Cámara Nacional de la Industria Químico Farmacéutica
Sr. Enrique Chávez Peón
Cámara Nacional de la Industria Químico Farmacéutica
Lic. Gerardo Bueno Zirión
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Lic. Alejandro Carrillo
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Ing. Manuel Puebla
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Dr. Raúl Ondarza
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Dr. Alfonso Álvarez Bravo
Hospital Español
Dr. Luis Torregrosa Ferráez
Hospital Infantil
Dr. Jesús Kumate
Hospital Infantil
Dr. Francisco Beltrán
Hospital Infantil
Dr. Alger León Moreno
Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez
Dr. Jorge Espino Vela
Institución Nacional de Cardiología
Dr. Jesús Alanís
Institución Nacional de Cardiología
Dr. Francisco Gallardo
Instituto Nacional de Cardiología
Dr. Luis Méndez
Instituto Nacional de Cardiología
Dr. Felipe Mendoza
Instituto Nacional de Cardiología

- Dr. David Kershenonib
Instituto Nacional de la Nutrición
- Dr. J. de Jesús Villalobos
Instituto Nacional de la Nutrición
- Dr. Rubén Lisker
Instituto Nacional de la Nutrición
- Dr. Héctor Bourges
Instituto Nacional de la Nutrición
- Dr. Salvador Zubirán
Instituto Nacional de la Nutrición
- Dr. Carlos Gual
Instituto Nacional de la Nutrición
- Dr. Oscar Lozano Castañeda
Instituto Nacional de la Nutrición
- Dr. Luis Guevara
Instituto Nacional de la Nutrición
- Dr. Enrique Wolpert
Instituto Nacional de la Nutrición
- Dr. Jorge Servón
Instituto Politécnico Nacional
- Dr. Guillermo Soberón
Universidad Nacional Autónoma de México
- Dr. Ramón de la Fuente
Universidad Nacional Autónoma de México
19. Formación y desarrollo de recursos humanos para la salud
- Dr. Juan Alvarez Tostado
Secretaría de Salubridad y Asistencia
- Dr. Avelino López Martínez
Secretaría de Salubridad y Asistencia
- Dr. Pedro Ramos y Ramos
Secretaría de Salubridad y Asistencia
- Dr. Luis Peregrina
Secretaría de Salubridad y Asistencia
- Dr. Juan Rodríguez Argüelles
Instituto Mexicano del Seguro Social
- Dr. Guillermo S. Díaz Mejía
Instituto Mexicano del Seguro Social
- Dr. Juan Urrusti Sanz
Instituto Mexicano del Seguro Social
- Dr. Francois Sauer Dussaq
Instituto Mexicano del Seguro Social
- Dr. Juan Homero Hernández Illescas
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Dr. Emilio Montaña Aubert
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Dr. Ramiro Beltrán Suárez
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Dr. Santiago Hernández Ornelas
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.
- Dr. Ramón Arrizabalago Amerelo
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.
- Dr. José Laguna García
Universidad Nacional Autónoma de México
- Dr. José Rodríguez Domínguez
Universidad Nacional Autónoma de México
20. Servicio social de estudiantes y profesionales de las disciplinas para la salud
- Dr. Horacio Olvera Huerta
Secretaría de Salubridad y Asistencia
- Lic. Fernando Lanz Duret
Secretaría de Salubridad y Asistencia
- Dr. Juan Alvarez Tostado
Secretaría de Salubridad y Asistencia
- Dr. Avelino López Martínez
Secretaría de Salubridad y Asistencia
- Dr. Juan Rodríguez Argüelles
Instituto Mexicano del Seguro Social
- Dr. Juan Urrusti Sanz
Instituto Mexicano del Seguro Social
- Dr. Juan Homero Hernández Illescas
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Dr. Ramiro Beltrán Suárez
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado
- Lic. Salomón González Almazán
Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior

Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social. 1978-1982¹

CONTENIDO

	Pag.
I. PRESENTACION	218
II. PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL PROGRAMA	218
1. Planeación de la salud	218
2. Planeación de la seguridad social	218
3. El programa como instrumento de la política nacional de salud	219
4. Prioridades y objetivos	219
5. Acciones programáticas subsecuentes	219
6. Requisitos para la programación específica	219
III. PROGRAMA QUINQUENAL DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	220
1. Introducción	220
2. Diagnóstico	220
a) Subsector Salud	220
b) Subsector Seguridad Social	221
3. Aspectos institucionales	221
a) Subsector Salud	221
b) Subsector Seguridad Social	222
4. Objetivos	222
a) Objetivo general	222
b) Objetivos a largo plazo	222
c) Objetivos a mediano plazo	222
5. Estrategias	223
6. Metas de resultados	224
a) Análisis de los problemas que confronta establecer metas de resultado	224
b) Subsector Salud	225
c) Subsector Seguridad Social	226
7. Metas operativas	227
a) Subsector Salud	228
b) Subsector Seguridad Social	229
8. Estructura y variaciones del gasto público y presupuestal	230

¹ *Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social (1978-1982)*, México, Subsecretaría de Planeación, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1979, 32p. ilus. (Serie Programación y Organización: 1).

I. Presentación

Es indispensable actualizar periódicamente los programas de salud, ante los constantes cambios sociales, económicos y políticos del país que obligan a replantear prioridades, objetivos y estrategias. Los programas en el campo de la salud deben actualizarse en base a factores derivados del conocimiento objetivo de la situación de salud, del marco epidemiológico, las demandas de la población y el avance tecnológico, además de tener en cuenta factores como los mecanismos de planeación nacional, la integración sectorial y las formas de administración de los recursos.

En el momento actual, intervienen en la planeación de la salud los siguientes factores:

1. Cambios en las atribuciones asignadas a las dependencias del Poder Ejecutivo Federal expresadas en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que formaliza la sectorización del aparato administrativo, designando cabezas de sector para la coordinación de entidades presupuestales.
2. La coordinación de la planeación a través de mecanismos específicos en los cuales desempeñen un papel importante la Secretaría de Programación y Presupuesto, y los Grupos Interinstitucionales de Programación y Presupuesto, y los Grupos Interinstitucionales de Programación y Presupuesto Sectorial (GIPPS).
3. La definición de lineamiento de planeación para la elaboración de programas sectoriales e institucionales y la formalización del sistema de presupuesto por programa para la preparación y aprobación del gasto.

El sector propiamente dicho está formado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y diversos institutos y unidades descentralizadas, generalmente de atención terciaria de la salud y alta especialización. Las grandes instituciones de seguridad y promoción social no se encuentran integradas formalmente a la coordinación sectorial.

Para efectos de programación se integró el Sector Salud y Seguridad Social, en cuya coordinación la responsabilidad es compartida entre las Secretarías de Salubridad y Asistencia, y la del Trabajo y Previsión Social, a través de dos subsectores: el de Salud y el de Seguridad Social, respectivamente.

También ha sido de gran trascendencia definir los factores comunes de programación, tales como los criterios aceptables sectorialmente para establecer políticas y prioridades o intentar una apertura programática sectorial, así como seleccionar servicios y actividades susceptibles de evaluación y determinación de costos.

El programa que se presenta a continuación, elaborado dentro del marco del plan de acción del sector público, es el resultado de los trabajos del Grupo Interinstitucional de Programación y Presupuesto del Sector Salud y Seguridad Social, integrado por las Secretarías de Salubridad y Asistencia y del Trabajo y Previsión Social, en calidad de Cabezas de sector en sus áreas respectivas, contando con la participación del Instituto Mexicano del Se-

guro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; además se contó con el apoyo de la Secretaría de Programación y Presupuesto, en calidad de Secretariado Técnico.

El programa es el resultado de aproximaciones sucesivas y aportaciones de los organismos participantes. El primer esfuerzo se desarrolló entre los meses de mayo y julio de 1977, y después de trabajos, ajuste y revisión institucionales, fue integrado un proyecto definitivo, para someterlo a la consideración de los titulares en enero de 1978.

Los trabajos se desarrollaron mediante la integración de un Comité de Coordinación compuesto por los directivos de las instituciones, habiéndose dividido los trabajos en dos grupos, uno responsable del Subsector Salud y otro del Subsector Seguridad Social, los cuales a su vez han constituido comités específicos para la elaboración de diagnósticos y objetivos, políticas y estrategias.

La integración y formulación del proyecto definitivo estuvo a cargo de un comité *ad hoc* coordinado por el Subsecretario de Planeación de la SSA.

Subsecretaría de Planeación
Secretaría de Salubridad y Asistencia

II. Principales Características del Programa

1. Planeación de la Salud

En los últimos años, la planeación de salud en México ha puesto énfasis creciente en elementos teóricos, sustentando los planes y programas en aportaciones científicas y conceptos doctrinarios de salud que se llevan a cabo en el examen riguroso de la situación y en la evaluación de las acciones. Sin embargo, los programas no han sido acompañados de acciones definidas que logren transformar la situación de salud. Así, los objetivos determinados por intereses profesionales de los expertos, a menudo sólo amplían la estructura de la organización y duplican acciones disminuyendo lamentablemente la atención hacia los servicios directos que reciben los usuarios.

A la desvinculación de los programas de salud con factores determinantes de la situación real, se añade el deficiente sistema de información sobre daños a la salud y los recursos disponibles para resolverlos. De ahí que uno de los puntos básicos de la planeación sea simplificar los planes, determinar claramente las políticas, los objetivos y las estrategias y tener en cuenta en todo momento su factibilidad, para la elaboración de programas específicos de las unidades técnico-administrativas de las instituciones.

2. Planeación de la Seguridad Social

El desarrollo institucional de la seguridad social y con ello la atención integral de la salud, ha sido determinado por factores relacionados directamente con la demanda dentro de un régimen legal claramente definido, así como por los avances sociales de la población beneficiada.

Las prestaciones y la asistencia social se han visto vin-

culadas a la salud por su contribución al bienestar de los grupos de población. La asistencia social proporcionada a la población abierta ha recibido impulso a través de un órgano destinado al desarrollo de la familia y con frecuencia sus acciones consisten en la atención preventiva y curativa de la salud de ello se deriva su intervención sectorial para efectos de programación.

3. El Programa Como Instrumento de la Política Nacional de Salud

El grupo interinstitucional que elaboró el programa del sector ha tenido en cuenta las limitaciones de recursos, sobre todo de recursos humanos, así como los aspectos estructurales, sociales y políticos que definen la capacidad de la cobertura y la eficiencia administrativa. Por tanto, se hicieron intentos de un avance significativo en el señalamiento de acciones generales que pueden transformarse en beneficios para la población.

El Programa del Sector Salud y Seguridad Social, es instrumento general de orientación y una guía para la acción institucional y de sus respectivos órganos especializados. No constituye un documento acabado e invariable, sino un lineamiento flexible de programación. Es un instrumento de coordinación general y promotor de acciones específicas, tanto de los órganos que integran el sector como de las disciplinas y técnicas que concurren a los objetivos de la salud.

4. Prioridades y Objetivos

La valoración de las circunstancias actuales, tanto en el campo de la salud como de las prestaciones sociales, han sido factores condicionantes de las prioridades: así, en los objetivos a largo plazo se destacan la atención de la madre y el niño, también se tiene en cuenta la higiene del trabajo, la preservación de la salud, el mejoramiento del medio ambiente a través del saneamiento, el control de la contaminación y el cuidado de los recursos naturales. Se da la importancia debida a la educación de la comunidad y su participación en programas y decisiones que afecten su salud.

Se establecen los lineamientos para extender las prestaciones de seguridad, las culturales y recreativas y las tendientes a elevar la capacidad de los trabajadores para desempeñar sus tareas.

En el área administrativa, la descentralización se señala como impulso para el mejoramiento de la eficacia en la prestación de servicios.

En una etapa previa, las acciones a corto plazo tendrán como finalidad mejorar el conocimiento de la situación de salud y extender la cobertura de los servicios a base de dar prioridad a los programas de atención primaria a la población rural y a la marginal de las grandes urbes.

También se plantean objetivos de contribución a un crecimiento demográfico más equilibrado con las condiciones biológicas, económicas y socioculturales de la población del país, a través de la atención materno-infantil y la planificación familiar.

La atención de las enfermedades transmisibles que continúan representando un grave daño a la salud, y las enfermedades profesionales, elementos de grave pérdida económica, recibirán la atención requerida, incrementando simultáneamente la detección y tratamiento oportuno de casos de otros padecimientos que aparecen en el cuadro epidemiológico de daños a la salud en el país.

También se plantean objetivos de carácter ambiental, de formación y desarrollo de personal, de educación de la población y de promoción de las prestaciones a los trabajadores.

5. Acciones Programáticas Subsecuentes

Entre los factores que se espera contribuyan a dar mayor factibilidad y flexibilidad al programa sectorial, se espera que los trabajadores, en sus áreas respectiva y dentro del ámbito de sus instituciones, deberán contribuir en lo siguiente":

- a) Dar mayor precisión y definir los puntos de apoyo a la coordinación entre las acciones de salud y las de seguridad social.
- b) Elaborar programas institucionales y en especial programas específicos a cargo de las unidades sustantivas, en los rubros de prevención, curación, educación, ambiente, asistencia y prestaciones sociales.
- c) Revisar la apertura programática sectorial para realizar los ajustes que se consideren necesarios.
- d) Analizar la organización en cuanto a su idoneidad para la ejecución de los programas, y
- e) Establecer procedimientos de evaluación y supervisión tanto de los programas existentes como de los que se pongan en práctica.

6. Requisitos para la Programación Específica

La programación específica a cargo de las instituciones y sus unidades especializadas, deberá plantearse dentro de lineamientos básicos, tales como la valoración de las acciones en cuanto a su aportación a los objetivos sectoriales, la factibilidad en la consecución de las metas y en el planteamiento de indicadores de eficiencia tales como los costos unitarios, los rendimientos y los estándares. Estos instrumentos de planeación y evaluación deben considerarse como un paso intermedio, en tanto que el mejoramiento de sistemas de información, la estructura y organización de los servicios, permitan el uso de indicadores sobre las modificaciones del nivel de salud y de las condiciones de bienestar, como elemento de valoración y ajuste de los planes y programas.

El sistema de programación para el quinquenio 1978-82 incluye el uso de los instrumentos y procedimientos introducidos por la reforma administrativa, tales como el presupuesto por programa, el mejoramiento de la información técnica y presupuestal, la desconcentración administrativa y los métodos de control y evaluación que permitan retroalimentar los programas de salud y seguridad social. Todos estos puntos deben apoyar una programación

que permanezca vinculada a la realidad, al mejorar el conocimiento de los recursos y de la demanda de servicios, todo ello traducido en un sistema de salud adecuado a las características del país.

III Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social

Elaborado por:

Secretaría de Salubridad y Asistencia

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

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

Secretaría de Programación y Presupuesto (Secretariado Técnico)

I. Introducción

En el Sector Salud y Seguridad Social se incluye un conjunto de actividades cuyo denominador común son los servicios para satisfacer las demandas de protección contra daños, riesgos y contingencias que comprometen la vida y el bienestar de los individuos.

La división entre Salud y Seguridad Social es una convención para efectos de análisis, ya que la salud es elemento de primera magnitud para proporcionar condiciones de seguridad social a la población. En el rubro de Seguridad Social se agrupan un conjunto de acciones encaminadas a la protección y bienestar de los trabajadores, de sus familiares y de otros grupos de población.

Dado que la Salud y la Seguridad Social son parte de un mismo universo de acciones, pero con características propias, se consideró conveniente en este breve diagnóstico, mantener el enfoque subsectorial, dejando establecido que las acciones de los dos sectores constituyen la base de apoyo para lograr el bienestar social de la población.

2. Diagnóstico

a) Subsector Salud

Existen dificultades para establecer un diagnóstico acerca de la salud en el país debido a deficiencias de información.

La mortalidad, indicador de mayor precisión, tiene defectos de origen: la certificación médica es incompleta y con frecuencia poco confiable; además, no se cuenta con un sistema para el manejo de datos.

La mortalidad se conoce parcialmente, y los datos correspondientes que aparecen en el diagnóstico deben considerarse de acuerdo con esa limitación.

Si bien los datos disponibles indican que se ha reducido la mortalidad a una tasa cercana a la de los países desarrollados, a diferencia de éstos se observa que en el panorama epidemiológico del país siguen prevaleciendo los padecimientos infecciosos.

Entre las causas de muerte, persisten las mismas en 1974 que en 1968, con excepción de las diabetes, que en 1974 aparece en décimo lugar. La influenza la neumonía y otras afecciones agudas respiratorias siguen ocupando el primer lugar con tasa de 109.6 defunciones por cada 100,000 habitantes. Las enteritis y otras enfermedades diarreicas, que ocuparon el segundo lugar, tuvieron un aumento de 85.0 defunciones por cada 100,000 habitantes en 1968, a 87.5 en 1974.

Un fenómeno que se ha presentado desde hace 20 años es el incremento de la mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas, por accidentes, envenenamientos y violencias.

En el período 1968-1974, la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón paso de 35.7 a 73.0 y la tasa por tumores malignos se incrementó de 33.7 a 36.0 por cada 100,000 habitantes.

En cuanto a los accidentes, envenenamientos y violencias, las tasas de mortalidad variaron de 45.9 a 84.4 en el mismo período, por cada 100,000 habitantes.

Analizando la mortalidad por grupos de edad, observamos que el grupo más afectado es el infantil (menores de un año) en el cual recae el 28.1% de las defunciones totales del país en 1974. Las principales causas de muerte es este grupo son las neumonías, la influenza y otras enfermedades respiratorias agudas, con tasa de 1,337.0 por cada 100,000 nacidos vivos; ciertas causas de mortalidad y morbilidad perinatal, cuya tasa fue de 844.7 y las enteritis y otras enfermedades diarreicas con tasa de 1,079.0.

En el grupo de 1 a 4 años, las causas de muerte son casi las mismas que en el de menores de un año, con la salvedad de que en éste aparece la fiebre tifoidea, la paratifoidea y otras salmonelisis, la tuberculosis y las anemias.

En el grupo de edad de 5 a 24 años la mortalidad tiene como causa fundamental las enfermedades infecciosas y parasitarias, y los accidentes, envenenamientos y violencias.

En el grupo de 25 años en adelante, las causas de mayor mortalidad son las neumonías, influenza e infecciones respiratorias agudas, la enteritis y otras enfermedades diarreicas; la tuberculosis en todas sus formas, las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la cirrosis hepática, los accidentes, envenenamientos y violencias.

En el país siguen prevaleciendo focos endémicos como el de oncocercosis y el paludismo; algunas enfermedades persisten a nivel nacional, como la amibiasis y la salmonelosis, y se han recrudecido los problemas de enfermedades venéreas y escabiasis.

En los últimos años han aumentado los riesgos contra la salud, derivados de contaminación del aire, agua

y suelo, consecuencia del desarrollo industrial, la urbanización creciente y el aumento de vehículos automotores.

Uno de los factores condicionantes del nivel de salud es el estado nutricional de la población. Persisten los factores que determinan que grandes grupos mantengan condiciones de subalimentación crónica, dando por resultado que una alta proporción de niños nazcan con bajo peso y sufran graves limitaciones en su crecimiento y desarrollo. Además la pérdida prematura de la dentadura por caries, contribuye a agravar los problemas nutricionales.

El panorama epidemiológico de las zonas urbanas del país, en los grupos de población de niveles económicos medio y alto, es parecido a los grupos similares en otras áreas del mundo industrializado: el cáncer, las enfermedades del corazón y cerebro-vasculares, entre otras, tienen tendencia ascendente.

En las zonas rurales y marginadas urbanas, prevalecen las causas infecciosas; esto revela dos situaciones que darían base a la estructuración de servicios de salud, orientados a su regionalización para aprovechar mejor los recursos, escalonados con sistemas de referencia de pacientes para proporcionar diferentes niveles de atención.

b) Subsector Seguridad Social

El Sistema de Seguridad Social que ha venido conformándose en el país presenta limitaciones en su cobertura y servicios, este sistema no ha podido adecuarse con suficiente dinamismo a las exigencias de mejorar la protección contra riesgos y contingencias de los sectores de trabajadores y extenderla a grupos de trabajadores no sujetos a relaciones contractuales.

Prestaciones Económicas

En el ramo de pensiones o prestaciones económicas diferidas, se ha llegado a niveles difíciles de sostener, ya que de persistir los sistemas y las políticas actuales, en pocos años más obligarían a incrementar las cuotas y las aportaciones.

En los últimos años, muchas de las prestaciones económicas de los derechohabientes han evolucionado a un ritmo menor que el crecimiento de los precios.

Prestaciones Sociales

Existen dificultades de información respecto al ámbito y nivel que se cubren a través de las prestaciones sociales, y existe consenso de que el crecimiento de la demanda rebasa los recursos disponibles, acrecentándose el déficit en las zonas urbanas marginadas y en las zonas rurales. Aún más, hay prestaciones que no han mantenido su cobertura en los últimos años.

Algunas de las prestaciones sociales ejemplifican los problemas con que se enfrenta el subsector:

Guarderías Infantiles. Se considera que son insuficientes para atender los niños que requieren este servicio; esta situación se agudiza debido al crecimiento y estructura de la población y a la mayor participación de la mujer con

niños en las actividades económicas.

Orfanatorios. Aunque hay carencias de información, se estima que los niños que disfrutaban esta prestación representan una parte mínima de los que la requieren.

Hogares Sustitutos. El número de niños que han recibido este servicio disminuyó constantemente entre 1971 y 1976, pasando de 545 en el primer año a 263 en el último.

Centros Culturales, Recreativos y Deportivos. Se requiere valorar la orientación y funcionalidad de esta prestación, en términos de normatividad sectorial.

Bolsa de Trabajo. En 1976 se registraron 21,714 solicitudes y se ofrecieron 13,978 vacantes, pero se colocaron únicamente 929 trabajadores, lo cual denota la falta de capacitación de los solicitantes.

Tiendas. Representan ventas promedio de 2,134 pesos por trabajador al año, lo que significa aproximadamente el 5% de su capacidad adquisitiva real.

Alimentación Complementaria. En 1974 se repartieron 54 millones de desayunos escolares, cantidad que disminuyó a 49 millones de raciones en 1975, y a 40 millones en 1976. Respecto a la dotación de pastillas lácteas, y de raciones familiares, también se produjo una disminución entre 1975 y 1976. Esto se debió a menor disponibilidad de recursos para este fin.

La dificultad para conocer la situación real del Subsector Seguridad Social, indica la necesidad de profundizar en los riesgos y contingencias a que está sujeta la población, que junto al mejor conocimiento del sistema, permitan generar una programación más congruente.

3. Aspectos Institucionales

La primera etapa de la programación ha permitido incorporar las instituciones más representativas de la Salud y Seguridad Social, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que el universo del sector es más amplio, por lo que deberán dedicarse mayores esfuerzos a integrar dentro de una visión única, los servicios y prestaciones de otras instituciones.

a) Subsector Salud

El número de personas atendidas en contacto primario, es mayor a las atendidas en contacto terciario; sin embargo, el gasto ocasionado por la atención hospitalaria es mayor que el gasto destinado a la promoción de la salud, a la prevención de enfermedades y a la consulta externa para pacientes ambulatorios.

Grandes grupos rurales no tienen acceso a los servicios mínimos de salud, pero la orientación de los programas institucionales y la tendencia a la concentración urbana de la población, pueden modificar esta situación.

La justificación de la distribución actual del gasto en la atención médica debe basarse en el conocimiento del costo-efecto de cada uno de los servicios, incluyendo los criterios de calidad.

Se carece de planificación para la formación y desarrollo de los recursos humanos, y de la suficiente atención a la preparación de técnicos medios, auxiliares y nuevas categorías.

Existe alta concentración de servicios en las zonas urbanas, pero muchos de esos servicios resultan inaccesibles para la población demandante por no existir una gradación que permita satisfacerlos en razón del problema.

Por otra parte, el ejercicio de la atención médica privada está sujeto a las presiones del mercado de medicamentos e instrumental, que influye en la atención institucional, pues los usuarios presionan para que se les proporcionen medicamentos eficaces. Esta dependencia tecnológica en usos y consumos ha hecho que el desarrollo de los Servicios de Salud gire en torno de la atención de enfermedades, con poco énfasis del papel del individuo y la colectividad en la prevención y conservación de su salud.

b) Subsector Seguridad Social

En la actualidad los derechohabientes de las principales instituciones del Subsector constituye aproximadamente un tercio de la población del país. Los asegurados directos, por su parte, representan poco menos de la tercera parte de la población económicamente activa; para proteger al 100% de la población es necesario tender a una política de promoción de las oportunidades de empleo, además de controlar el crecimiento vertical de las prestaciones con objeto de liberar recursos para la extensión horizontal del régimen de Seguridad Social.

Por otra parte, existen núcleos urbanos y rurales excluidos de la Seguridad Social, lo que ocasiona una situación de desigualdad y origina mayores diferencias y marginación.

Si bien en los últimos años se realizaron convenios especiales para facilitar la incorporación de nuevos grupos a los beneficios de la Seguridad Social, este camino sólo ofrece posibilidades limitadas por el escaso grado de organización e integración de los grupos susceptibles de ser incorporados.

El Desarrollo de la Seguridad Social guarda íntima relación con la situación de la economía en su conjunto. En consecuencia, en períodos de crisis económica este desarrollo puede verse comprometido. Sin embargo, dentro del contexto general, la Seguridad Social puede y debe convertirse en mecanismo dinámico que atenúe los efectos de esta crisis.

Debido a las características de las instituciones que integran el Sector Salud y Seguridad Social, en la programación se deben tener en cuenta los siguientes factores:

La oferta de Servicios Institucionales, en las que concurren por una parte los organismos de Seguridad Social, que tienen estructura legal y financiera, y por otra las Insti-

tuciones de Salud y Asistencia Social, que tienen limitaciones de recursos.

Conforme crece la población y los beneficios de las prestaciones de la Seguridad Social, la demanda de servicios se incrementa.

4. Objetivos

a) Objetivo General

Hacia finales de este siglo el Sistema Integrado de Salud y Seguridad Social deberá proporcionar a toda la población la atención necesaria para elevar su nivel de vida, preservando su integridad biopsicosocial, su capacidad de trabajo y la posibilidad de generar ingresos, así como la satisfacción de sus necesidades, de manera que se alcancen niveles mínimos de tareas del Sector Salud y Seguridad Social.

h) Objetivos a Largo Plazo

Deberá lograrse la atención Integral de la Salud de la Madre y el Hijo, para contribuir a resolver los problemas del crecimiento demográfico y de nutrición.

Deberán cubrirse los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, para atender los riesgos profesionales y no profesionales a través de medidas de higiene y seguridad en los centros de trabajo rurales y urbanos.

La preservación de la salud y mejoramiento del *habitat*, deberán favorecerse por la disposición adecuada de los desechos, el control sanitario de los alimentos y el cuidado de los recursos naturales.

Las prestaciones de seguridad deberán incluir los apoyos en dinero y/o en especie para la atención adecuada a los ancianos y a los inválidos, la protección a todos los niños que por cualquier causa sufran abandono total o parcial, y las modalidades de prestaciones culturales y recreativas.

La comunidad deberá encontrarse comprometida en el cuidado de su salud y bienestar, y en el uso responsable de los recursos destinados para ello.

La descentralización de los servicios por estados y regiones, permitirá el aprovechamiento óptimo de los recursos y un aumento de la eficacia en la prestación de los servicios.

Deberá existir personal en calidad y cantidad necesaria para realizar las tareas requeridas a nivel individual y social, tanto en la salud como en la Seguridad Social.

Elevar la calificación de la población trabajadora a través de programas de capacitación y adiestramiento para su integración y mejoramiento en el sistema productivo.

c) Objetivos a Mediano Plazo

Lograr el conocimiento de la situación de la Salud y la Seguridad Social en el país.

Lograr la máxima cobertura de los Servicios de Salud y Seguridad Social, dando prioridad a los programas de atención primaria que comprendan a la población rural y la marginal de las grandes urbes.

Contribuir a un crecimiento demográfico más equilibrado con las condiciones biológicas, económicas y socio-culturales de la población del país, a través de los programas de atención materno-infantil y planificación familiar.

Contribuir a la disminución de daños a la salud, mediante el control de las enfermedades profesionales y de las transmisibles: la detección, tratamiento oportuno y la prevención de accidentes.

Elevar la capacidad de la población para participar en el cuidado de su salud y bienestar.

Contar con el personal adecuado para desarrollar los programas y tareas del Sector Salud y Seguridad Social.

Disminuir los niveles crecientes de contaminación ambiental, mejorar la calidad del agua y lograr la adecuada disposición de los desechos.

Establecer un programa de capacitación y prevención en materia de seguridad e higiene del trabajo para abatir riesgos y siniestros profesionales.

Establecer sistemas de capacitación y adiestramiento que permitan integrarse y/o mejorar la posición de los trabajadores en el sistema productivo.

Promover las prestaciones sociales que permitan a la población utilizar de manera más racional el tiempo libre.

Promover la adecuación, las prestaciones económicas a los incrementos en el costo de la vida.

Establecer convenios entre las instituciones de Seguridad Social para mantener la continuidad de derechos de sus asegurados.

5. Estrategias

Estrategia General

La programación de la Salud y la Seguridad Social deberá considerarse en el amplio marco de la planeación del desarrollo del país.

De Coordinación de la Planeación Sectorial

Para lograr la adecuada coordinación de acciones en el Sector Salud y Seguridad Social, se integrará un grupo colegiado de alto nivel, con representantes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 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, el cual analizará la información, precisará las políticas, propondrá ajustes a los objetivos y metas, diseñará aperturas programáticas, promoverá programas integrados a nivel estatal, regional y local, y evaluará las acciones conjuntas con el apoyo del técnico de la

Secretaría de Programación y Presupuesto.

De Evaluación

En los programas del sector se incluirán sistemas de evaluación que permitan analizar la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones que se realicen.

De Información

Se establecerán sistemas de información que permitan efectuar las tareas de programación y evaluación con criterios e indicadores comunes para el Sector.

De Desconcentración

Las diversas características ecológicas, epidemiológicas y sociales de las regiones del país, determinan variadas formas y acciones de atención al bienestar; por tanto, se procurará que en forma coordinada los Estados y Municipios participen en la Programación, control y financiamiento de los Servicios de Salud y Seguridad Social.

De Coordinación Intersectorial

Gran parte de los resultados en las acciones del sector dependen de la concurrencia de otros sectores; así, se establecerán procedimientos para que los programas de Salud y Seguridad Social se vinculen con todos aquellos programas que le sirvan de apoyo y/o complemento.

De Participación de la Población

Los programas determinarán la participación activa de la población, mediante acciones de capacitación técnica de la misma para la protección de su bienestar, y se establecerán procedimientos que permitan a la comunidad intervenir en el apoyo y la consecución de las metas de los programas Institucionales y Sectoriales.

De Investigación

La investigación del sector estará dirigida hacia las áreas biomédica, ambiental y social, y la referida al diseño de modelos de Servicios de Salud y Seguridad Social, adecuándolos a las necesidades del país.

De Desarrollo de Recursos Humanos

Se promoverá prioritariamente la formación de personal técnico medio y auxiliar, para reforzar los equipos de Salud y Seguridad Social, en base a los requerimientos de los programas.

De Producción de Insumos

El sector tenderá a ser autosuficiente en algunos productos básicos, para el desarrollo de sus programas y actividades.

De Mejoramiento y Saneamiento del Ambiente

Se promoverá la coordinación intersectorial, así como la participación del sector privado y de la comunidad para el control de la contaminación, el saneamiento en los asen-

tamientos humanos, el cuidado de los sistemas ecológicos y el mejoramiento del ambiente.

De Atención de la Salud

Se dará prioridad a los sistemas de atención primaria de la salud, con la finalidad de satisfacer los mínimos de salud, como servicios socialmente necesarios, diseñándose los modelos y estructuras correspondientes, en los cuales puedan sumar esfuerzos el sector público, el privado y la comunidad.

De Actualización de Disposiciones Legales

Se revisan las disposiciones legales en base a las características político- sociales del país y los requerimientos de la programación a fin de lograr su adecuación.

De Administración financiera

Se revisarán las formas de financiamiento y se replantearán en su caso, la estructura de cuotas y prestaciones, de tal forma que estén acordes con una política fiscal integral que propicie el empleo y la redistribución del ingreso, con el fin de hacer extensivos los sistemas de Salud y Seguridad Social a toda la población.

6. Metas de Resultados

a) *Análisis de los problemas que confronta establecer metas de resultados*

El establecimiento de metas en las acciones de Salud y Seguridad Social, enfrenta el problema de evaluar factores de calidad de la vida del individuo y de la colectividad.

Plantearse resultados en este sector significa ponderar situaciones que son producto de condicionantes socioeconómicas, culturales e históricas. Sin embargo, es factible mediante un proceso sistemático de aplicación y perfeccionamiento de instrumentos de información y valoración, aproximarse a definir metas de resultados que traduzcan los efectos de las acciones del sector en logros de bienestar de la población.

En el campo de la seguridad social las bases jurídicas que la determinan definen los riesgos, daños y contingencias que cubre, y que se relacionan con las operaciones del subsector.

Esa modalidad se refleja en las metas de resultados que las entidades comprometidas definen como tales. Tienen la ventaja de significar el *para qué* del sector, pero tiene la restricción de que los sistemas de información actuales no permiten precisar las correlaciones entre el logro que representan las tasas estadísticas y la cuantía de operaciones comprometidas, y es precisamente el proceso de programación el que permitirá correlacionar ambos indicadores.

b) *Subsector Salud*

METAS DE RESULTADOS DEMOGRAFICOS

<i>Meta</i>	<i>Método de medición</i>	<i>Condiciones de evaluación</i>
Reducir la tasa de crecimiento de la población a 2.5% anual.	Comparación de estadísticas vitales oficiales con la periodicidad que permita su publicación.	Funcionamiento de un registro confiable de información oficial oportuna.
Reducir las tasas de mortalidad:		
General a menos de 7.5 × 1,000 habitantes.		
Perinatal a menos de 22.6 × 1,000 nacidos vivos.		
Infantil a menos de 46.6 × 1,000 nacidos vivos.		
Preescolar a menos de 4.8 × 1,000 niños de 1 a 4 años.		
Materna a menos de 1.1 × 1,000 nacidos vivos.		
Aumentar la esperanza de vida al nacer por arriba de los 64.8 años.		

METAS DE RESULTADOS DE MORBILIDAD

<i>Meta</i>	<i>Método de medición</i>	<i>Condiciones de evaluación</i>
<p>Reducir la tasa de morbilidad de los siguientes padecimientos:</p> <p>Enteritis y otras enfermedades diarreicas.</p> <p>Neumonía, influenza y otras infecciones respiratorias agudas.</p> <p>Fiebre tifoidea y paratifoidea.</p> <p>Tuberculosis.</p> <p>Tos ferina.</p> <p>Difteria.</p> <p>Sarampión.</p> <p>Tétanos.</p> <p>Poliomielitis.</p> <p>Rabia.</p> <p>Paludismo.</p> <p>Fiebre reumática.</p> <p>Desnutrición.</p>	<p>Encuestas epidemiológicas periódicas.</p>	<p>Coordinación de todas las instituciones que integran el sector.</p>

METAS DE RESULTADOS DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
PADECIMIENTOS CRONICOS Y DEGENERATIVOS

<i>Meta</i>	<i>Método de medición</i>	<i>Condiciones de evaluación</i>
Carcinoma cérvico-uterino.	Registro central de casos incluidos en programa y de casos detectados.	Coordinación de todas las instituciones del sector.
Diabetes.		
Hipertensión arterial.		
Cirrosis hepática.		

c) *Subsector Seguridad Social*

La posibilidad de formular un conjunto representativo de metas de resultados en este subsector, depende de diversos factores de los cuales se carece de información. Por ello su desarrollo se expresa en términos de metas opera-

tivas, ajustadas al marco jurídico de las instituciones. De ahí, precisamente, que hasta hoy la justificación en el manejo del gasto del subsector se realice en términos de acumulación de metas operativas, sin observarse con claridad los adelantos registrados en el mejoramiento de las condiciones de Seguridad Social de la población en su conjunto.

7. Metas operativas 1978-1982

a) Subsector Salud

Programas y bienes o servicios		Responsables de las metas	Unidad de medida	
091	Subsector Salud			
09101				
Atención preventiva	01 Vacunación	IMSS-ISSSTE-DIF-SSA-DESCENTRALIZADAS	Dosis aplicadas	56.387,115
	09 Aplicación tópica de flúor		Atenciones	26.065,420
	04 Alimentación complementaria		Personas	675,444
	05 Consulta a sanos		Consultas	14.990,973
09102				
Atención curativa	01 Consulta externa	SSA-IMSS-ISSSTE-DIF-DESCENTRALIZADAS	Consultas	113.480,281
	03 Hospitalización		Egresos	3.250,954
09103				
Capacitación de la población	02 Capacitación de la población	SSA-IMSS-ISSSTE-DIF-DESCENTRALIZADAS	Personas	6.958,065
09104				
Saneamiento y mejoramiento del ambiente	01 Inspección sanitaria	SSA	Inspección realiz.	26.907,606
	02 Control de fauna nociva		Area controlada	11.520,810
09105				
Formación y desarrollo de recursos humanos	01 Adiestramiento	SSA-IMSS-DESCENTRALIZADAS	Personas	163,294
09107				
Producción de bienes	01 Producción de biológicos	SSA-IMSS-DESCENTRALIZADAS	Unidad producida	203.985,240
	02 Producción de reactivos		Unidad producida	762.778,711
	03 Producción de prótesis.		Unidad producida	22,679

b) Subsector Seguridad Social

Programa y bienes o servicios		Responsables de las metas	Unidad de medida	
09201				
Prestaciones económicas	01 Subsidios y ayudas	IMSS	Casos	4.665,402
	02 Pensiones y jubilaciones	ISSSTE	Casos	656,247
	03 Indemnizaciones globales		Casos	14,579
	07 Préstamos a corto plazo		Casos	1.021,897
	08 Préstamos para vivienda Créditos a trabajadores	FONACOT-STPS	Casos Personas	25,185 611,500
09202				
Prestaciones sociales	10 Actividades recreativas, culturales, promoción social y deportiva	SSA-IMSS-ISSSTE-DIF-DESCENTRALIZADAS	Personas	15.511,096
	12 Servicios funerales		Servicios	55,822
	15 Cursos de capacitación y adiestramiento		Alumnos	586,215
	16 Mejoramiento urbano y rural		Personas	5.780,524
	17 Fomento a produc. de alimentos		Personas	5.432,328
	19 Raciones escolares		Raciones	634.425,200
	22 Actividades educativas		Niños atendidos	952,093
	21 Guarderías, orfanatorios y hogares de cuidado diario		Niños atendidos	80,572
	28 Comisiones mixtas de seguridad e higiene		Comisiones mixtas	1,000
	Bolsa de trabajo	STPS	Personas	1.555,000
	Capacitación y adiestramiento	STPS	Personas	950,000
	Promociones culturales	STPS	Promociones	92,720
	Publicaciones	STPS	Ejemplares	500,000
09203				
Protección al salario	29 Tiendas	IMSS	Operac. de caja	37.735,998
	31 Unidades habitacionales Auditorio beneficiado en la protección del consumo	ISSSTE	Nº vivienda Personas	12,977 10.000,000

8. Estructura y Variaciones del Gasto Público y Presupuestal

El carácter estratégico que tienen las funciones del Sector Salud y Seguridad Social como parte de la política social, ha justificado que la cantidad de recursos financieros que se le han destinado hayan sido siempre sustanciales.

El gasto público propuesto para 1978 y 1982 permite establecer la siguiente evolución:

	(Millones de pesos)
1978	\$107,793
1979	120,082
1980	133,771
1981	149,921
1982	166,009

Esto significa un crecimiento del 11.4% anual, el cual se distribuye por subsectores y programas de acuerdo a la siguiente hipótesis.

Subsector Salud	1978	1982
	%	%
Atención Preventiva	3.37	10.00
Atención Curativa	44.31	28.80
Capacitación de la Población	0.18	1.50
Saneamiento y Mejoramiento del medio	1.14	4.00
Formación y Desarrollo de Recursos Humanos	3.12	2.70
Ciencia y Tecnología	0.66	1.00
Producción de Bienes	0.16	2.00
Administración	10.50	4.00
Suma	63.44	54.00

Subsector Seguridad Social

Prestaciones Económicas	25.68	31.90
Prestaciones Sociales	3.80	4.09
Protección al Salario	3.68	6.40
Ciencia y Tecnología	0.40	0.01
Administración	3.00	3.60
Suma	36.56	46.00
Total	100.00	100.00

El modelo anterior de distribución del gasto para el quinquenio, se diseñó considerando las políticas, estrategias y metas sectoriales.

Los programas de Atención Preventiva, Capacitación de la Población, Saneamiento y Mejoramiento del medio, Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, Ciencia y Tecnología y Producción de Bienes, aumentarán paulatinamente su participación en el gasto, pues sobre ellos recaerá una parte sustancial de las acciones estratégicas asignadas a la salud, dado el énfasis en las acciones preventivas y promocionales y la autosuficiencia en algunos insumos.

Por el contrario, si bien el programa de atención curativa disminuye su participación porcentual en el gasto total –suponiendo que sea suficiente para atender la demanda prevista de servicios durante el quinquenio –seguirá teniendo una participación importante en el gasto.

También es sensible la disminución que registra el programa de administración central, pero se justifica si se consideran las medidas a adoptar en términos de la Reforma Administrativa.

En el Subsector Seguridad Social se incrementa la participación en el gasto de los programas de Prestaciones económicas, Prestaciones sociales y Protección al salario, como resultado de la expansión prevista en los servicios.

Sistema Nacional de Salud 1984¹

Indice

	Página
Introducción	233
SISTEMA NACIONAL DE PLANEACION DEMOCRATICA Y PLANEACION DE SALUD	233
Planeación y Rectoría del Estado	
Ley de Planeación y Sistema Nacional de Planeación Democrática	233
Naturaleza de la Sectorización	235
Niveles de Planeación	236
Planeación y Sectorización	236
DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD	237
Adición al Artículo 4o. Constitucional	237
Ley General de Salud	239
Bases Jurídicas	242
Perspectivas	243
SISTEMA NACIONAL DE SALUD	244
Naturaleza y Propósito	244
Objetivos	244
Componentes del Sistema	245
Secretaría de Salubridad y Asistencia	246
Sector Salud	246
Gabinete de Salud	248
Consejo de Salubridad General	248
Gobiernos Estatales	248
Participación de los sectores social y privado	249
Estrategias de Consolidación del Sistema	249
SECTORIZACION	249
Mecanismos de Interacción Sectorial	249
Grupos Interinstitucionales	249
Consulta Popular Permanente	252
El Programa Sectorial de Salud	253
Coordinación Intersectorial	255
Instrumentos para la Sectorización	256
Perspectivas	257
DESCENTRALIZACION DE SALUD	257
Sentido y Características	257
Marco de Referencia	258
Hacia un Programa de Descentralización	259
Comisión de Descentralización	259
Bases del Programa de la SSA	259
Bases del Programa a Población Abierta	261
Perspectivas	262

¹ *Sistema Nacional de Salud, avances y perspectivas*, México, SSA, Dirección General de Comunicación Social, 1984 (Cuadernos: 7).

	Página
MODERNIZACION ADMINISTRATIVA	262
Vertientes	262
Etapas	263
Interrelaciones orgánicas	264
Perspectivas	265
Indice de figuras	
1. Sistema Nacional de Planeación Democrática	000
2. Coordinación de la Planeación Federal y Estatal	000
3. Plan Nacional de Desarrollo	000
4. Sistema Nacional	000
5. Sector Salud	000
6. Sistema Nacional de Salud	000
7. Grupos Interinstitucionales	000
8. Programa Sectorial de Salud	000
9. Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados	000
10. Diferenciación de Funciones	000
11. Esquema de Organización de la SSA	000
Indice de tablas	
1. Programas Derivados del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988	000
2. Ley General de Salud Contenido	000
3. Cuerpos Colegiados de la SSA	000

Introducción

El presente trabajo tiene como propósito integrar, en un documento, los esfuerzos realizados en el establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud. Pretende constituir una memoria de los principales eventos, las decisiones fundamentales y las actividades realizadas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, las instituciones del sector salud, las entidades federativas y los sectores social y privado para contribuir al cometido de establecer tal sistema. Por ello no es un trabajo terminado; constituye, por el contrario, un capítulo, el correspondiente a lo hecho en los primeros quince meses.

Ejercicios similares se pretenden hacer año a año, a fin de verificar como se aproxima el esfuerzo sectorial al escenario propuesto. Se inscribe, así, este ensayo en una tarea de planeación prospectiva del Sistema Nacional de Salud.

También desea contribuir a la continuidad de los trabajos iniciados desde 1981, con el establecimiento de un grupo de trabajo del Centro de Estudios sobre la Universidad de la Universidad Nacional Autónoma de México que caracterizo las interfases de los sistemas de educación superior, de salud y de ciencia y tecnología, investigaciones que poco tiempo después fueron continuadas por la importante labor realizada en la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República que determinaron diversos elementos para integrar los servicios de salud y que se encuentran contenidos en el documento "Hacia un Sistema Nacional de Salud."

En este trabajo se sistematiza la información recabada sobre el esfuerzo desplegado, acotando a lo ocurrido entre el 1o. de diciembre de 1982 y el 29 de febrero de 1984, salvo lo referente a la estrategia de Modernización Administrativa en que se incluye la reorganización de la Secretaría de junio de 1984.

El trabajo no se limita a ser la bitácora del curso navegado, pretende catalizar lo emprendido y el desempeño alcanzado tratando de inducir y concertar una imagen más fina y precisa de lo que se pretende, en un ejercicio participativo de lo que debe ser el Sistema Nacional de Salud. Con esto se desea contribuir a un proceso de planeación en que la imagen prospectiva es decir la imagen futura y la situación vigente contribuyan a orientar el esfuerzo, a mejorar lo hecho y lo por hacer, gracias al aprendizaje obtenido y a conformar una "cultura de planeación sectorial" que haga viable la consolidación del Sistema Nacional de Salud y hacer efectivo derecho constitucional de protección a la salud.

Sistema Nacional de Planeación Democrática y Planeación de Salud

Planeación y Rectoría del Estado

El establecimiento del Sistema Nacional de Planeación Democrática se fundamenta en los fines de la rectoría del Estado que deriva del propósito de garantizar que el desarrollo sea integral, que fortalezca la soberanía de la Nación y su régimen democrático y que, mediante el fomento del crecimiento económico y el empleo y una justa

distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales.

Esto se señala en los artículos 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reformados recientemente.

El Artículo 25 refiere la atribución del Estado para planear, conducir y orientar la actividad económica nacional y para regular y fomentar las actividades que demande el interés general en el marco de libertades. Señala asimismo la concurrencia de los sectores público, social y privado en el logro de los propósitos generales del desarrollo nacional. Puntualiza la exclusividad del sector público para hacerse cargo de las áreas estratégicas. Se consigna explícitamente al sector social como integrante fundamental de la economía mixta y se reconoce la función social del sector privado, sujeta al interés público. Se dota así al Estado de la responsabilidad y de los instrumentos para cumplir su rectoría en el desarrollo nacional para promover el bienestar y la seguridad generales.

El Artículo 26 establece las facultades del Estado para planear el desarrollo nacional; así organiza el Sistema Nacional de Planeación Democrática para imprimir solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural del país. Señala que los fines del proyecto nacional contenidos en la Constitución determinan los objetivos de la planeación. Precisa la participación como medio para recoger de los diversos sectores sociales las aspiraciones y demandas de la sociedad a fin de incorporarlas en el Plan Nacional de Desarrollo y los programas derivados de éste. Se establece la jerarquía orgánica del Sistema Nacional de Planeación Democrática a partir del Plan Nacional de Desarrollo, del cual han de derivar los programas sectoriales de la Administración Pública Federal y fija la obligatoriedad en el cumplimiento de éstos para el sector público, la coordinación con las entidades federativas, a través de los convenios únicos de desarrollo, y la concertación e inducción a las acciones de los particulares.

Ley de Planeación y Sistema Nacional de Planeación Democrática

En diciembre de 1982 el Congreso de la Unión expidió la Ley de Planeación, sustento jurídico de la planeación nacional del desarrollo. Las características relevantes de ese ordenamiento son:

- Instituye la participación social en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo y de sus programas y prevé procedimientos para extenderla a su ejecución y evaluación;
- Define las responsabilidades de quienes intervienen en el proceso de planeación para asegurar que lo planeado se ejecute;
- Impulsa el fortalecimiento de la capacidad de planeación en los tres órdenes de gobierno: federal, estatal y municipal;
- Jerarquiza los instrumentos de planeación en tres nive-

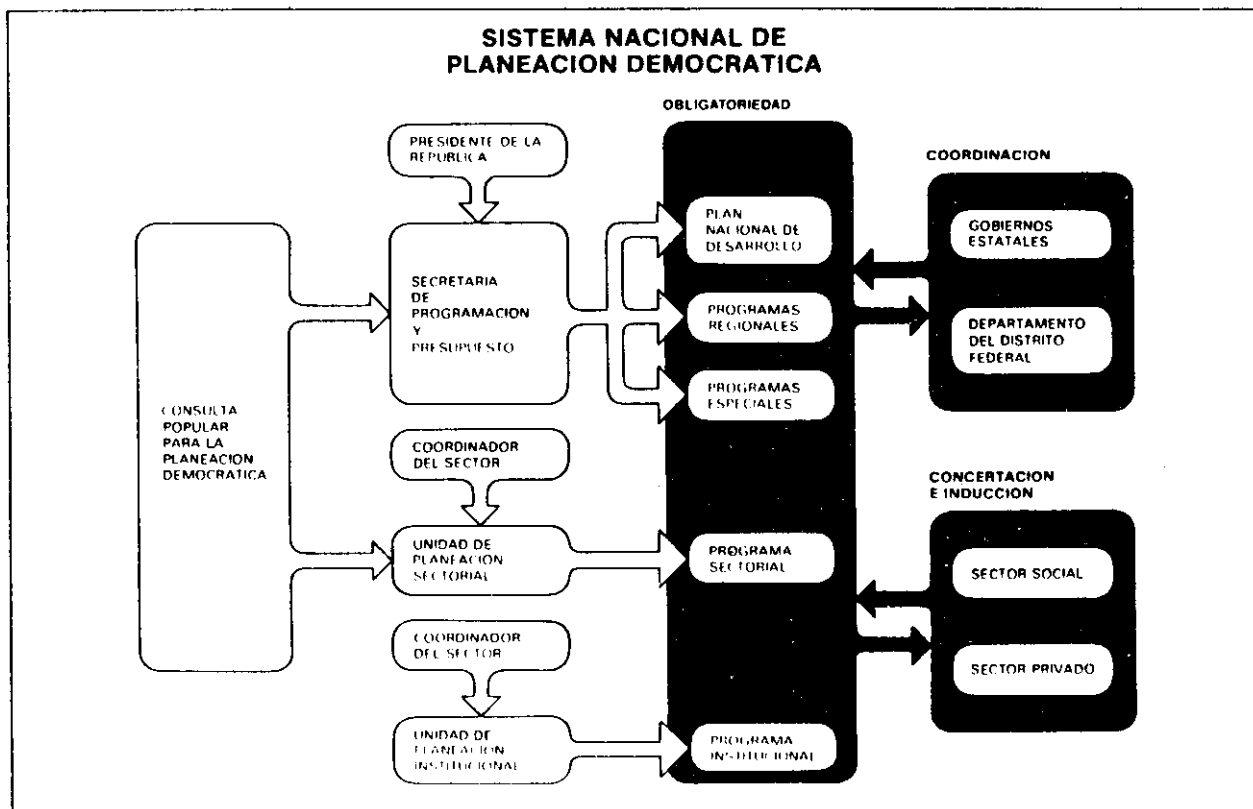
les: global, sectorial e institucional, para que, a partir del Plan Nacional de Desarrollo se formulen los programas sectoriales, entre ellos el de salud, los institucionales, los regionales y especiales que determine el Presidente de la República, asegurando así la congruencia necesaria de las acciones propuestas para su mayor efectividad.

De acuerdo con ese ordenamiento, la Planeación Nacional de Desarrollo se lleva a cabo mediante el Sistema Nacional de Planeación Democrática. La Ley establece las normas de funcionamiento del Sistema Nacional de Planeación Democrática y el proceso a que deberán sujetarse las actividades de formulación, instrumentación, control y

evaluación del Plan y los programas sectoriales institucionales, regionales y especiales, y señala que las dependencias y entidades forman parte del Sistema a través de las unidades administrativas que tiene asignadas las funciones de planeación dentro de las propias dependencias y entidades (figura 1).

La Ley de Planeación señala también la participación de los gobiernos de las entidades federativas en el Sistema Nacional de Planeación Democrática. Al efecto se establece la posibilidad de convenir la coordinación que se requiera; la colaboración, en el ámbito de su jurisdicción, a la consecución de los objetivos de la planeación nacional, y, finalmente, la planeación conjunta de acciones.

FIGURA 1



En el ámbito del Sistema Nacional de Planeación Democrática tiene lugar la participación y consulta de los diversos grupos sociales a través de la consulta popular, en la que se manifiestan las necesidades sociales que deben servir de guía a la acción del Estado. Esta participación se da a través de la concertación e inducción de acciones con los grupos sociales o con los particulares interesados. La concertación es, de acuerdo a la Ley de Planeación, objeto de contratos o convenios de cumplimiento obligatorio.

Conviene destacar cinco aspectos relevantes de la planeación nacional de desarrollo.

I) Al ser democrática implica la participación de los sectores social y privado en este ejercicio de gobierno.

II) La planeación democrática se guía por las necesidades sociales. Pretende transformar la realidad de manera ordenada y racional y para modificarla de acuerdo con los valores y las tesis que fundamenta el proyecto nacional. Busca los medios para establecer los recursos para satisfacer esas necesidades y orienta el esfuerzo. Es en esencia el arreglo de los recursos disponibles para el logro de los cambios deseados en la sociedad a fin de elevar sus condiciones de bienestar. Es más que un proceso técnico de elección de opciones y de asignación de recursos; un proceso en el que la concertación de acciones y la integración de esfuerzos se traducen en programas que permiten el logro de los objetivos.

III) La planeación, además de una técnica, un incremento para el logro de los principios básicos del

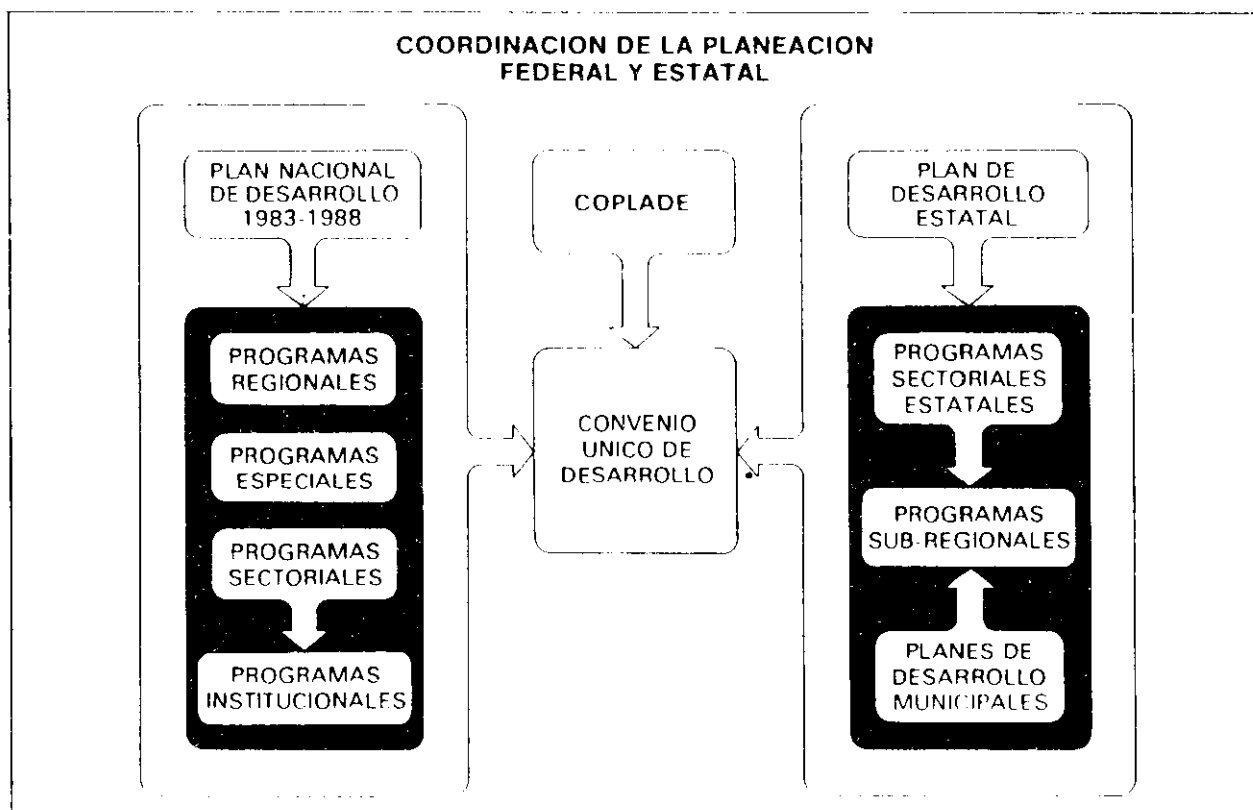
Ejecutivo Federal: el reordenamiento económico y el cambio estructural.

- IV) El énfasis recae más en impulsar el proceso que en la mera formación del documento: plan o programa. El primero representa la tarea permanente de todos los componentes para que el Sistema se perfeccione y actúe con eficiencia y efectividad, instrumentación, control y evaluación. El plan y los programas son documentos normativos de la acción de la Administración Pública Federal con miras a consolidar el Sis-

tema Nacional de Planeación Democrática y se llevan a la práctica mediante los programas operativos anuales.

- V) Se busca hacer compatibles la planeación del desarrollo a cargo de la Administración Pública Federal con la correspondiente a cada una de las entidades federativas, dentro del marco del federalismo y la descentralización de la vida nacional, vía los convenios únicos de desarrollo (figura 2).

FIGURA 2



Naturaleza de la sectorización

La sectorización tiene como propósito hacer expedita, racional y ágil la Administración Pública Federal, centralizada y paraestatal. La centralizada la integran la Presidencia de la República, las secretarías de estado, los departamentos administrativos y la Procuraduría General de la República; la paraestatal se conforma, principalmente con los organismos descentralizados y las empresas de participación estatal.

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal que faculta al Ejecutivo Federal para determinar agrupamientos por sectores de la administración pública paraestatal, para que las relaciones de las mismas se realicen a través de la Secretaría de Estado o Departamento Administrativo que en cada caso se designe como **coordinador**

del sector, (Artículo 50) y confiere a los coordinadores de cada sector la encomienda de conducir la programación, coordinación y evaluación de las entidades de la administración paraestatal que determine el propio ejecutivo. (Artículo 51)

La sectorización significa un esquema de organización integral que favorece la interacción coherente de la operación y que pretende hacer eficaz y eficiente la labor conjunta y coordinada de las acciones de las dependencias y entidades de la administración pública federal comprendidas en cada sector.

En este contexto, la sectorización no sólo es un arreglo orgánico; fundamentalmente significa la coordinación de la actividad administrativa para cumplir efectivamente con los cometidos y responsabilidades públicas, y al mismo

tiempo preservar la autonomía paraestatal, que asigne la flexibilidad y eficiencia de la operación de las entidades sectorizadas.

Niveles de Planeación

La Ley de Planeación señala la competencia de las tres secretarías de estado que tienen carácter globalizador, de las entidades de la Administración Pública Federal y de las entidades paraestatales. Indica la concurrencia de los Estados y de los sectores social y privado en la planeación nacional del desarrollo. De las disposiciones ahí señaladas se toman algunas de esas atribuciones relevantes a la conformación del Sistema Nacional de Salud.

La Secretaría de Programación y Presupuesto tiene, entre otras, la responsabilidad de coordinar las actividades de planeación nacional y elaborar el Plan Nacional de Desarrollo, tomando en cuenta las propuestas de las dependencias de la Administración Pública Federal, las de los gobiernos de los Estados y los planteamientos de los grupos sociales interesados a través de la consulta popular.

Se encarga también de la planeación regional, con la participación de los gobiernos estatales y municipales que correspondan, así como los programas especiales que señale el Presidente de la República.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público apoya la planeación nacional respecto a la definición de las políticas financieras, fiscal y crediticia.

La Secretaría de la Contraloría General de la Federación aporta elementos de juicio para el control y seguimiento de los objetivos y prioridades del Plan y los programas.

A las Secretarías de Estado les compete, entre otras:

- Intervenir, en relación a la materia del ámbito del sector que coordinan, en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo;
- Coordinar la planeación de las entidades paraestatales que se agrupan en el sector que les corresponde;
- Elaborar el Programa Sectorial, tomando en cuenta las propuestas de las entidades del sector, las de los gobiernos de los Estados y las opiniones que expresen los grupos sociales interesados a través de la consulta popular;
- Asegurar la congruencia del Programa Sectorial con el Plan y los programas institucionales, regionales y especiales;
- Vigilar que las entidades del sector conduzcan sus actividades conforme al Plan Nacional de Desarrollo y al programa sectorial correspondiente.

Las entidades paraestatales participan en la elaboración del programa sectorial en que se ubican y elaboran, cuando así se determine, su programa institucional.

En mayo de 1983 se completó la fase de formulación

del Plan Nacional de Desarrollo 1983–1988. Consecuentemente, se han definido distintos programas de mediano plazo que se derivan de él, a fin de abordar aspectos sectoriales, regionales o especiales (Tabla 1).

La estructura del Plan Nacional de Desarrollo (fig 3) parte del gran propósito nacional, que se fundamenta en los principios del proyecto nacional vertidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Esto fundamenta los cuatro objetivos fundamentales:

- 1) conservar y fortalecer las instituciones democráticas
- 2) vencer la crisis
- 3) recuperar la capacidad de crecimiento
- 4) iniciar los cambios cualitativos

A partir de estos se definen los dos grandes estrategias: la reordenación económica y el cambio estructural.

Se da pie así a la definición de cuatro grandes capítulos de políticas: económico, social, sectoral y regional.

Se han sentado así las bases para disponer de un proceso que estructure el esfuerzo nacional de desarrollo en un todo coherente.

Es predecible que en un futuro inmediato, y quizá a largo plazo, el proceso de planeación del desarrollo nacional muestre avances sustantivos, en la consolidación del proceso y la operación de sistemas y mecanismos que lo respalden. El Sistema Nacional de Planeación Democrático se convertirá, seguramente, en la base donde se sustentará el desarrollo integral y armónico del país.

Planeación y sectorización

La Contraloría General de la Federación ha emitido un acuerdo sobre el funcionamiento de las entidades de la administración pública paraestatal y sus relaciones con el Ejecutivo Federal. En él se refuerzan y precisan las atribuciones de los coordinadores de sector para supervisar el proceso de planeación en las entidades de la administración pública paraestatal; esto es en la programación, presupuestación, control y evaluación de las entidades sectorizadas.

Corresponde así a los coordinadores de sector, entre otros:

- “Conducir la programación, así como coordinar y evaluar la operación de las entidades paraestatales con base en los objetivos, metas, lineamientos y directrices del Plan Nacional de Desarrollo y de los programas sectoriales.
- Establecer los mecanismos anuales que aseguren la operación y ejecución de los programas institucionales correspondientes.
- Definir las políticas generales de operación, de administración y financieras para las entidades paraestatales,

TABLA 1. PROGRAMAS DERIVADOS DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1983-1988.

<i>Programa</i>	<i>Responsable</i>
Educación, Deporte, Cultura y Recreación	SEP
Salud	SSA
Desarrollo Urbano y Vivienda	
Productividad y Capacitación	STPS
Empresa Pública	SCGF
Desarrollo Rural Integral	SARH
Pesca y Recursos del Mar	SP
Bosques y Selvas	SARH
Desarrollo Industrial y Comercio Exterior	SECOFIN
Energéticos	SEMIP
Minería	SEMIP
Sistema Integral de Transporte y Comunicaciones	SCT
Modernización Comercial y Abasto Popular	SECOFIN
Turismo	SECTUR
Desarrollo Tecnológico y Científico	CONACyT
Justicia	PGR
Ciudad de México	DDF
Comunicación Social	SG
Ecología	SEDUE
Alimentación	SPP
Financiamiento del Desarrollo	SHCP
Mar de Cortés	SPP
Frontera Norte	SPP
Sureste	SPP
Zona Metropolitana de la Ciudad de México	SPP

de conformidad con los objetivos del Programa Sectorial.

- Agrupar a las entidades paraestatales bajo su coordinación en subsectores.
- Integrar y someter a la consideración de la Secretaría de Programación y Presupuesto el presupuesto por programa sectorial consolidado, y a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público el programa financiero.
- Establecer los mecanismos de control y evaluación del desempeño de las entidades bajo su coordinación.

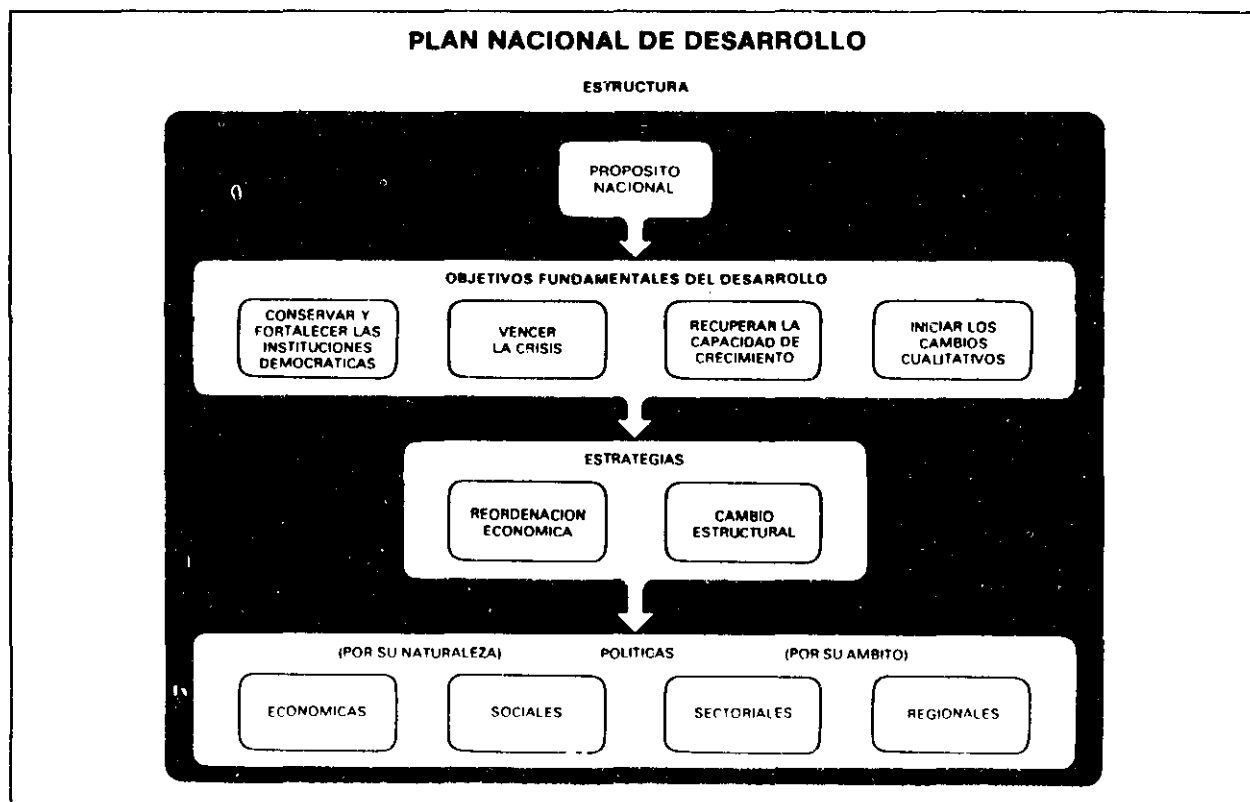
La conformación de los órganos de gobierno de las entidades paraestatales refuerza el sentido de la sectorización. En esto corresponde a los coordinadores sectoriales entre otros.

- 1) Asumir la presidencia de los órganos de gobierno de las entidades bajo su coordinación;
- 2) Promover que la actuación de éstos se oriente a la programación, y
- 3) Supervisar la marcha normal de las empresas y el control preventivo de sus actividades.

2. Derecho de la Protección de la Salud

2.1 Adición al Artículo 4o. Constitucional

El derecho a la protección de la salud consagrado en la Constitución es el fundamento de un sólido e integrado Sistema Nacional de Salud.



1 "Las posibilidades de mejorar la estructura de salud para dar un uso más productivo de los recursos y el cumplimiento de ampliar el acceso de los mexicanos a los servicios de salud han hecho imperativa la integración de esos servicios en un Sistema Nacional de Salud, que permitirá convertir en realidad la doctrina de que la salud es una necesidad y un derecho del hombre y que el garantizarla para todos es un compromiso que sólo el Estado puede aceptar y cumplir con éxito".

El Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Miguel de la Madrid, postuló una plataforma de gobierno que se fundamenta en siete tesis sintetizadoras que constituyen el marco de referencia que encauza los esfuerzos del Gobierno Federal a fin de llevar al país hacia la sociedad definida por las mayorías nacionales. Estos principios orientan la acción del gobierno y el trabajo del Sistema Nacional de Planeación Democrática; ellos son: nacionalismo revolucionario; democratización integral; sociedad igualitaria; planeación democrática y descentralización de la vida nacional. Estos tres últimos se relacionan en forma directa a las formas que habrán de consolidar el Sistema Nacional de Salud, propósito fundamental del sector en la

administración federal 1982-1988.

En su mensaje de toma de posición, el Presidente de la República señaló entre las siete tesis básicas que sustentan su gobierno, dos puntos relativos a la salud:

Primero, en relación a la sociedad igualitaria, el compromiso de elevar "el derecho a la salud a rango constitucional, para dar base a un sólido e integrado sistema nacional de salud; daremos prioridad a la medicina preventiva, particularmente en las zonas rurales y urbanas marginadas".

Segundo, en referencia a la descentralización de la vida nacional manifestó que ésta "se apoyará en el vigor e iniciativa de la provincia. Descentralizaremos los servicios de salud pública para acercarlos a sus beneficiarios".

El aspecto modular del programa de salud del Estado Mexicano está precisado en el nuevo texto del párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional, cuyo texto señala:

"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".

1 "Palabras del Dr. Guillermo Soberón al tomar posesión como Coordinador de los Servicios de Salud" en *Cuadernos de la Coordinación de los Servicios de Salud*, No. 1 Pág. 22.

En la ceremonia de presentación del Plan Nacional de Desarrollo efectuada el 30 de mayo último, el doctor Guillermo Soberón, Secretario de Salubridad y Asistencia, puntualizó algunos caracteres que perfilan la responsabilidad para hacer efectivo este derecho; entre ellos:

- I) El de que traduce el mínimo de ética social que persigue el Plan Nacional de Desarrollo en el ámbito sanitario;
- II) El que la efectividad de esa garantía depende de la capacidad del Estado para dar orden y concierto al esfuerzo público y social;
- III) El de que se trata de igualar en justicia, facilitar el acceso a los servicios para ampliar su cobertura y lograr un mínimo de calidad a través de sistemas coordinados y armónicos de asistencia y seguridad social, y
- IV) El de que el cuidado de la salud necesita que el individuo y la comunidad asuman su responsabilidad y aporten su colaboración entusiasta.

Conviene recoger de la Iniciativa de adición al artículo 4o. 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:

I) **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".² Se refiere tanto a las proporciones de la población beneficiadas por los servicios de salud como a los requerimientos específicos que plantean las características sociodemográficas 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"³ que tiendan a eliminar barreras económicas, sociales, culturales y geográficas.

II) **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 públicas que proporcionan servicios de salud coordinan sus programas y acciones en busca de un uso más efectivo de los recursos con que las dota la sociedad, evitando las duplicaciones y contradicciones en su empleo. Este Sistema supone que "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 so-

ciales y dotar de cabal efectividad al derecho social a la protección de la salud."⁴

III) **Descentralización.** El Sistema Nacional de Salud constituye el medio de hacer efectiva la política de descentralización de la vida nacional. La descentralización significa el deslinde de la responsabilidad entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; pretende transferir los servicios de salud a los Estados cuando las circunstancias lo permitan, lo que impulsará la formación y funcionamiento de los sistemas estatales de salud. En esto, el criterio rector es proceder gradualmente, tomando en cuenta las características de cada entidad federativa, las de los servicios que se pretende descentralizar, y las que impongan los instrumentos constitutivos de las instituciones que proporcionan estos servicios.

IV) **Planeación.** El Sistema Nacional de Salud es la parte sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática. "Por medio de él 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".⁵ Las entidades federativas y los municipios se integran al Sistema Nacional de Salud por la vertiente de la coordinación. Los sectores sociales y privados a través de las vertientes de concertación e inducción.

LeY General de Salud

Desde los primeros meses de la administración se iniciaron una serie de trabajos tendientes a ir configurando las bases jurídicas del Sistema Nacional de Salud, las cuales serían enumeradas en el apartado siguiente. Cabe resaltar aquí las características fundamentales de la Ley General de Salud, reglamentaria del derecho constitucional de protección a la salud e instrumento básico para dar eficacia progresiva para que ese derecho social pueda darse.

La Ley General de Salud viene a sustituir al Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, vigente desde 1973, al que deroga expresamente y fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el siete de febrero pasado, y entrará en vigor, según lo señala su propio texto, el 1o. de julio de 1984. Las disposiciones de la Ley pueden clasificarse en tres grandes categorías: las que estaban incluidas en el Código Sanitario, y se incorporaron a la Ley sin modificaciones sustanciales; las que tienen su antecedente en el Código Sanitario, pero la Ley las recoge previa modificación de relevancia, y las que no reconocen antecedente en el Código Sanitario, y por lo tanto son básicamente innovaciones.

El proceso de elaboración de este Ley se singulariza por su carácter ampliamente participativo y plural. Con el objeto de lograr un ordenamiento legal que efectivamente respondiera al mandato constitucional de reglamentar el derecho a la protección de la salud, sentando las bases jurídicas que garantizaran su efectivo ejercicio, sin perder de vista las demandas sociales y la realidad nacional, tanto en sus modalidades constantes como en las pro-

²"Exposición de motivos del derecho a la protección de salud" en Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. No. 1, p. 18.

³Ibid. p. 20.

⁴Ibid. p. 18.

⁵Ibid. p. 19.

pías de la coyuntura, resultaron convocados a la programación, definición, discusión e integración de su contenido, todos los sectores vinculados sustantivamente a la materia. Participaron así, el Consejo de Salubridad General, las unidades de la propia Secretaría y las entidades del sector salud, otras dependencias y entidades del sector público, las entidades federativas y diversas instituciones académicas. También participaron instituciones públicas, privadas y sociales, organizaciones profesionales y empresariales y otras organizaciones privadas. Igualmente, se recibieron valiosos aportes y se enriqueció la labor con el concurso de personas físicas, de perfiles jurídicos, médicos y científicos. La Ley General de Salud tiene como objetivos fundamentales los siguientes:

- I) Definir el contenido y finalidades del derecho a la protección de la salud.
- II) Establecer las bases jurídicas para el efectivo ejercicio del derecho a la protección de la salud;
- III) Definir la participación y responsabilidad de los sectores público, social y privado;
- IV) Establecer las bases para la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud;
- V) Reglamentar la prestación de los servicios de salud;
- VI) Fortalecer las acciones complementarias (recursos humanos, investigación, información);
- VII) Actualizar y complementar la normatividad de las materias de salubridad general, y
- VIII) Clarificar la distribución de competencias, en materia de salud, respecto de otras dependencias de la Administración Pública Federal.

Fundamentalmente, la Ley está estructurada en 18 títulos (tabla 2), 59 capítulos, 472 artículos y 7 artículos transitorios.

Respondiendo a su objeto, está organizada en dos partes sustantivas: la que reglamenta específicamente el derecho a la protección de la salud, y la que desarrolla el contenido normativo de las materias de salubridad general.

La primera parte está concentrada en los tres primeros títulos:

Disposiciones generales, Sistema Nacional de Salud y Prestación de los servicios de salud.

En la segunda parte se desarrollan de manera sistemática y progresiva los distintos aspectos que hacen a la efectiva protección de la salud y, que por ser de interés general para toda la población del país y de carácter sustancial para la salud pública, la propia ley caracteriza como salubridad general.

En el Título Primero se establecen las finalidades del derecho a la protección de la salud; se precisa y define el contenido básico de la salubridad general, y se determinan

las autoridades sanitarias.

En el Título Segundo se desarrollan las bases fundamentales del Sistema Nacional de Salud, conformado por los organismos públicos de los tres niveles de gobierno y los sectores social y privado, se concibe como un conjunto de mecanismos de coordinación tendiente a dar cumplimiento al nuevo derecho social.

Se hace responsable de la coordinación del Sistema a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en su papel de autoridad sanitaria y señala las vertientes de concertación e inducción para los sectores social y privado.

Se reparte la competencia sanitaria entre la Federación y las entidades federativas con un criterio descentralizador. Se pretende así revertir el proceso centralizador de la materia sanitaria y recuperar el carácter concurrente que originalmente se plasmó en la Constitución de 1917. Se remarcan tres modalidades normativas que forman parte de un todo sistemático: la salubridad general que se reserva la Federación; la salubridad general que corresponde de manera coordinada con las entidades federativas; y la salubridad local, en la esfera municipal.

A efecto de que el carácter concurrente no implique desarticulación en la prestación de los servicios, la Secretaría de Salubridad y Asistencia dictará las normas técnicas comunes a la Salubridad general uniformando criterios, principios, políticas y estrategias, y celebrará los acuerdos de coordinación entre la Federación y las entidades federativas contemplados en la fracción X del artículo 115 de la Constitución, y que permita establecer las estructuras administrativas a las que se confíen estos servicios.

El Título Tercero define la naturaleza de los servicios de salud clasificándolos como: atención médica, de salud pública y de asistencia social.

Se señala que con fines de eficacia y de equidad, para así evitar duplicaciones y omisiones y mejorar la calidad de los servicios, se estructurarán con criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de servicios. La Iniciativa señala que se dará prioridad a la atención preventiva y servicios de primer nivel; instituye el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud al que se deberán sujetarse las dependencias y entidades públicas en ese campo.

La Ley subraya que la coordinación programática de los servicios que presta el sector público implica que los servicios que presten las instituciones de seguridad social se sujeten a las disposiciones que regulan la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de las facultades de la autoridad sanitaria en cuanto a normatividad técnica y a la coordinación al Sistema.

Igualmente se prevé la participación de la comunidad en el cuidado de la salud y los servicios de planificación familiar, atención materno infantil y de salud mental.

Otro aspecto importante que señala la Ley se refiere a la definición explícita de los usuarios de los servicios de salud: toda persona que requiera y obtenga cualquiera de los servicios establecidos en la Ley. Ordena que, inde-

TABLA 2. LEY GENERAL DE SALUD. CONTENIDO

TITULO	TEMA
PRIMERO	DISPOSICIONES GENERALES
SEGUNDO	SISTEMA NACIONAL DE SALUD
TERCERO	PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD
CUARTO	RECURSOS HUMANOS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD
QUINTO	INVESTIGACION PARA LA SALUD
SEXTO	INFORMACION PARA LA SALUD
SEPTIMO	PROMOCION DE LA SALUD
OCTAVO	PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES Y ACCIDENTES
NOVENO	ASISTENCIA SOCIAL
DECIMO	ACCION EXTRAORDINARIA
DECIMO PRIMERO	PROGRAMAS CONTRA LAS ADICCIONES
DECIMO SEGUNDO	CONTROL SANITARIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS
DECIMO TERCERO	PUBLICIDAD
DECIMO CUARTO	CONTROL SANITARIO DE SERES HUMANOS
DECIMO QUINTO	SANIDAD INTERNACIONAL
DECIMO SEXTO	AUTORIZACIONES Y CERTIFICADOS
DECIMO SEPTIMO	VIGILANCIA SANITARIA
DECIMO OCTAVO	MEDIDAS DE SEGURIDAD, SANCIONES Y DELITOS

pendientemente de la situación económica de los usuarios, éstos tienen derecho a obtener prestación de salud oportuna y de calidad idónea y a recibir atención profesional y ética, así como un trato respetuoso y digno.

El Título Cuarto se refiere a los recursos humanos para los servicios de salud, establece las bases para la adecuada vinculación entre sector salud y el sector educativo. Asimismo se alude a las disposiciones legales y bases de coordinación a que queda sujeto el ejercicio de las profesiones de la salud.

Se prevé que el servicio social de pasantes y profesionales de la salud se efectúe en las unidades del primer nivel de atención, prioritariamente en el ámbito rural y en los programas especiales que se desarrollen en establecimientos públicos de salud. Asimismo señala que la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los gobiernos estatales deberán elaborar programas de carácter social en beneficio de la comunidad en coordinación con la autoridad educativa. También se prevé el establecimiento de un sistema de enseñanza continua.

En relación a la investigación para la salud se busca

promover nuevos métodos y mayores conocimientos para hacer más efectiva la prestación de servicios de salud. Se realizará y mantendrá actualizado un inventario de la investigación en el área de la salud por parte de la SSA, en coordinación con la SEP y con la colaboración de CO-NACYT de las instituciones de educación superior.

En el Título Sexto se contempla la información para la salud y se establecen las reglas para integrar las estadísticas de salud de conformidad con las Leyes de Planeación y de Información Estadística y Geográfica. Se pretende así consolidar un sistema nacional de información en salud de acuerdo a los criterios generales de la Secretaría de Programación y Presupuesto.

El Título Séptimo establece los objetivos de la promoción de la salud que comprende cuatro ámbitos: educación para la salud, nutrición, control de los efectos nocivos del ambiente en la salud y salud ocupacional.

Se adecuan las competencias entre la SSA y las secretarías de Desarrollo Urbano y Ecología, de Educación Pública, de Comercio y Fomento Industrial y de Trabajo y Previsión Social.

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 necesarios para llevar a cabo dicha prevención.

El Título Noveno reconoce la importancia estratégica de la asistencia social y la señala como una de las finalidades básicas del Sistema Nacional de Salud. Es conveniente destacar que por primera vez la asistencia social es recogida por la legislación sanitaria.

El título Décimo amplía la acción a situaciones de emergencia o catástrofe como el súbito deterioro del ambiente que ponga en peligro inminente a la población.

El Título Décimo Primero establece los programas contra las adicciones que actúan más desfavorablemente sobre la pública destacándose el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia.

En el Título Décimo Segundo se establecen las normas relativas al control de alimentos, bebidas no alcohólicas, medicamentos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales de curación y quirúrgicos; productos higiénicos, de perfumería, belleza y aseo, tabaco, plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas, así como a su importación y exportación. Para tal efecto se otorga a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la facultad de emitir la normatividad técnica correspondiente en la elaboración de esos productos y expedir la autorización sanitaria para los establecimientos. Se expide también la normatividad en cuestión de medicamentos, estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

El Título Décimo Tercero de la Ley sistematiza y contempla las disposiciones en relación a la publicidad relativa a salud del ser humano, y en particular, al tratamiento de enfermedades, rehabilitación de los inválidos, el ejercicio

de las disciplinas de la salud y a los productos y servicios regidos por la Ley.

El Título Décimo Cuarto garantiza de manera clara y precisa los derechos de los gobernados a la disposición del cuerpo humano. Esto derivado de una de las prácticas terapéuticas que se ha venido extendiendo con rapidez, como es el trasplante de órganos y tejidos.

El Título Décimo Quinto de la Ley sistematiza y moderniza, con apego al Reglamento Sanitario Internacional, las disposiciones legales en materia de sanidad internacional.

El Título Décimo Sexto establece el concepto de autorización sanitaria y su regulación. Se establece que las autorizaciones en la materia serán otorgadas por la Federación y las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

El Título Décimo Séptimo establece que la vigilancia sanitaria corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y a las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia.

El Título Décimo Octavo establece cuales son las medidas de seguridad, las sanciones y los delitos en materia sanitaria, destinadas a proteger la salud de la población. Se definen las sanciones administrativas, las que se aplicarán sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder cuando sean materia de delito.

Bases Jurídicas

Diversas reformas jurídicas aprobadas tienden a dar bases normativas al Sistema Nacional de Salud. Estas incluyen:

I. A nivel constitucional

- Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (*Diario Oficial*, 3 de febrero de 1983).

II. Leyes

- Decreto de Reformas y Adiciones a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (*Diario Oficial*, 29 de diciembre de 1982).
- Las reformas a los artículos 7, 12 y 13 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos (*Diario Oficial*, 30 de diciembre de 1982).
- La reforma al artículo 252 de la Ley del Seguro Social (*Diario Oficial*, 30 de diciembre de 1982).
- La reforma al artículo 104 de la Ley del ISSSTE (*Diario Oficial*, 30 de diciembre de 1982).
- La Ley de Planeación (*Diario Oficial*, 5 de enero de 1983).
- Ley del ISSSTE (*Diario Oficial*, 27 de diciembre de 1983).

- Ley General de Salud (*Diario Oficial*, 7 de febrero de 1984).

III. Reglamentos

- Decreto por el que se reforman los artículos segundo, tercero, octavo, noveno y décimo sexto del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General (*Diario Oficial*, 17 de enero de 1983).
- Reglamento Interior del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (*Diario Oficial*, 19 de mayo de 1983).
- Reglamento de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud (*Diario Oficial*, 28 de julio de 1983).
- Reglamento Interior del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (*Diario Oficial*, 5 de octubre de 1983).
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (*Diario Oficial*, 13 de octubre de 1983).

IV. Decretos

- Decreto por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Decreto de 10 de enero de 1977, se sujetará a las disposiciones que se indican (*Diario Oficial*, 21 de diciembre 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*, 29 de abril de 1983).
- Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de Perinatología como Organismo Público Descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios (*Diario Oficial*, 19 de abril de 1983).
- 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*, 30 de agosto de 1983).
- Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases a las que se sujetará el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta.

V. Acuerdos presidenciales

- Acuerdo para que las entidades de la Administración Pública Federal se agrupen por sectores (*Diario Oficial*, 3 de septiembre de 1982).
- Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y en cumplimiento de las disposiciones legales que le son aplicables debe integrarse al Sector Salud (*Diario Oficial*, 21 de diciembre de 1982).
- Acuerdo sobre el funcionamiento de las entidades de la Administración Pública Paraestatal y sus relaciones

con el Ejecutivo Federal (*Diario Oficial*, 19 de mayo de 1983).

- Acuerdo por el que instituye el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud (*Diario Oficial*, 9 de junio de 1983).
- Acuerdo por el que se crea la Comisión Nacional de Alimentación como un órgano de coordinación y definición de políticas, estrategias y acciones en materia de alimentación y nutrición (*Diario Oficial*, 17 de octubre de 1983).
- Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud (*Diario Oficial*, 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*, 19 de octubre de 1983).

VI. Acuerdos del Secretario

- Acuerdo por el que se crea la Comisión de Simplificación de Procedimientos Administrativos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (*Diario Oficial*, 24 de enero de 1983).
- Acuerdo por el que se crea la Comisión de Descentralización y Desconcentración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (*Diario Oficial*, 8 de marzo de 1983).
- Acuerdo que establece las normas de modernización administrativa para la organización de las unidades de Secretaría de Salubridad y Asistencia (*Diario Oficial*, 22 de junio de 1983).
- Acuerdo Núm. 17 por el que se crea el Comité de Compras de la SSA (*Diario Oficial*, 11 de octubre de 1983).
- Acuerdo que crea el Comité Interno de Nutrición de la SSA (*Diario Oficial*, 10 de noviembre de 1983).
- Acuerdo número 9 por el que se crean los Comités Internos para el Cuadro Básico de Insumos 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*, 23 de junio de 1983).

Acuerdo número 14 por el que se crea el Comité de Obras Públicas y Mantenimiento, Conservación y Arrendamiento de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (*Diario Oficial*, 19 de agosto de 1983).

Perspectivas

El ámbito material de la salubridad no queda agotado en la salubridad general. Existen otras materias que son de salubridad local, y que no regula la Ley General de Salud por ser de competencia exclusiva de las entidades federativas. En este caso, la legislación provendrá de los congresos estatales, y las normas técnicas de los ejecutivos locales, a quienes también corresponderá la organización, supervisión y evaluación de los servicios respectivos.

La Ley General de Salud inicia el proceso de modernización legislativa por lo que respecta a la legislación sanitaria, y por lo tanto marca el primer paso de una tarea progresiva y sistemática tendiente a dotar de un marco jurídico completo y eficaz derecho a la protección de la salud.

Deriva así necesidad de instrumentar jurídicamente el amplio y complejo espectro de legislación secundaria, que incluye reglamentos y disposiciones de menor rango que hagan posible la aplicación de la propia Ley.

En función de la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, se desprenden nuevas atribuciones para estas últimas, que exigen la adecuación de su marco local, para que puedan ser ejercidas con un efectivo sustento jurídico.

Se plantea en primer término la necesidad de reformar las constituciones locales, para incorporar a las mismas la garantía social del derecho a la protección de la salud. La consecuencia inmediata de estas adiciones, será la reglamentación de las mismas a través de las leyes estatales de salud.

Como la ley General de Salud prevee la participación de los municipios en la prestación de servicios de salud, también habrá que contemplar la adecuación de las leyes orgánicas de los mismos. Y para la adopción de medidas concretas y puntuales en la materia sanitaria que corresponda controlar a los municipios, será preciso reelaborar el contenido de los bandos de policía y buen gobierno.

Asimismo, para instrumentar la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas, con la mira puesta en la descentralización de los servicios, deberán suscribirse los respectivos acuerdos de coordinación, en el marco del Convenio Unico de Desarrollo. Consecuentemente, se celebrarán los convenios entre cada entidad federativa y los municipios correspondientes, que marcarán el grado de participación de estos últimos en los programas y acciones relacionados con la salud.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Naturaleza y Propósito

El Sistema Nacional de Salud es un componente sectorial de Sistema Nacional de Planeación Democrática. Pretende armonizar los programas de servicios de salud que realice 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 cumplimiento creciente al derecho a la protección de la salud.

El derecho a la protección de la salud tiene como finalidades:

- I) El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II) La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III) 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;

- IV) La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V) El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI) El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y
- VII) El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud;

Así, la conformación del Sistema Nacional de Salud se puede entender como una tarea de coordinación de acciones en busca de la 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, así, al logro de una sociedad más igualitaria.

Puede señalarse que el propósito del Sistema Nacional de Salud se da en dos grandes orientaciones:

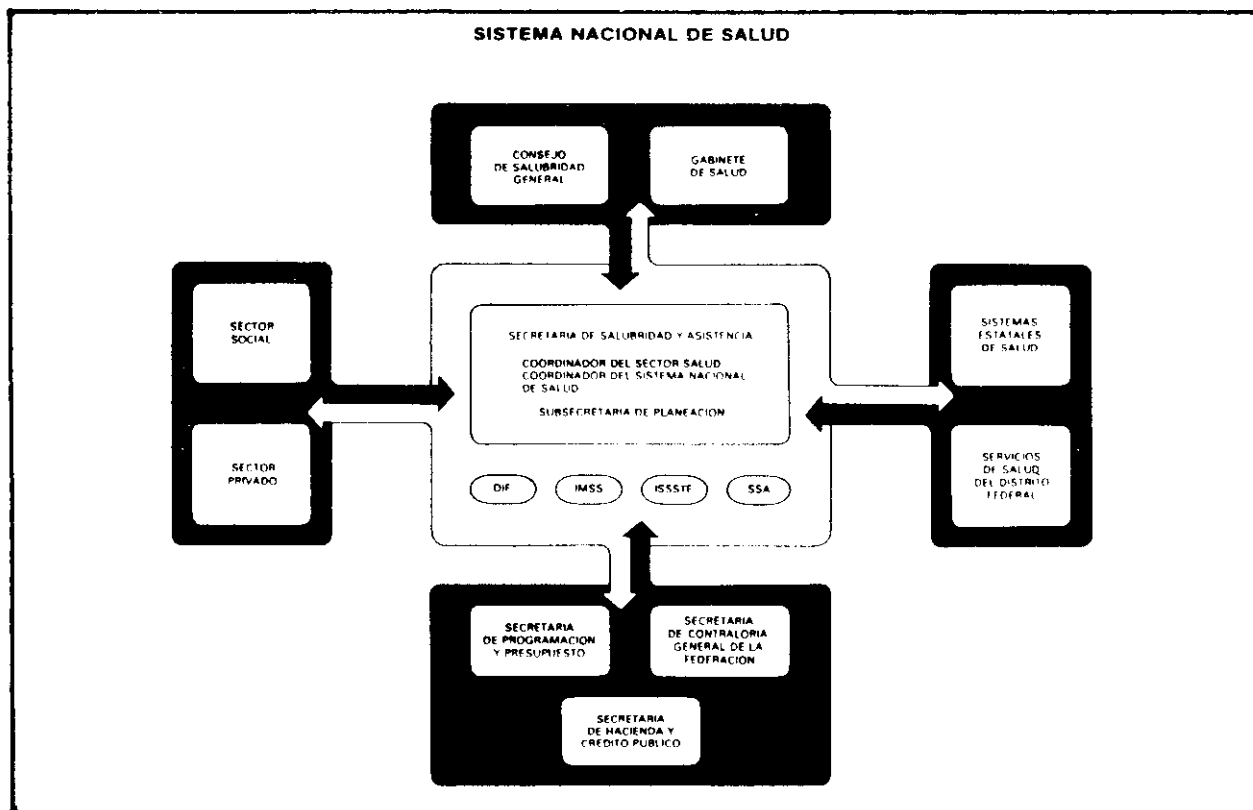
- Ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, dando prioridad a los núcleos rurales y urbanos más desprotegidos, y
- Elevar la calidad de los servicios que se prestan tendiendo a alcanzar, a la brevedad posible, un mínimo satisfactorio en que se asienten desarrollos posteriores.

Objetivos

El Sistema Nacional de Salud no es un fin en sí mismo, es un instrumento por cumplir con ciertos objetivos.

La coordinación de los Servicios de Salud desarrolló entre 1981 y 1982 una serie de trabajos tendientes a proponer las bases para establecer un Sistema Nacional de Salud; se señalaron cinco objetivos y 24 estrategias que permiten alcanzarlos y que se incorporaron en el documento "Planteamientos iniciales para la consolidación de un Sistema Nacional de Salud", que fue aprobado por el Gabinete de Salud en su sesión de instalación, el día 5 de enero de 1983. El sector salud, con base en lo estipulado en la Ley de Planeación, formuló su aportación al Plan Nacional de Desarrollo en la que amplió a siete los objetivos y a 43 las estrategias. Los objetivos del Sistema Nacional de Salud están contenidos en la Ley General de Salud (Art. 6o.) y son los siguientes:

- I) 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;
- II) Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;



- III) 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;
- IV) 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;
- V) Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
- VI) Impulsar 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 relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

Estos objetivos son congruentes con el gran propósito expresado en el Plan Nacional de Desarrollo, con sus cuatro objetivos fundamentales y las estrategias de reordenación económica y de cambio estructural.

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 4).

- I) Entidades del sector salud, para las cuales aplica la obligatoriedad;
- II) Gobierno de las entidades federativas, que se vinculan a través de la coordinación con el Gobierno Federal;
- III) Sectores sociales y privado, que se incorporan mediante la concertación e inducción con apoyo en la consulta popular

Cabe señalar que la Ley General de Salud precisa las siguientes autoridades sanitarias:

- El Presidente de la República
- El Consejo de Salubridad General
- La Secretaría de Salubridad y Asistencia
- Los gobiernos de las Entidades Federativas

En los siguientes apartados se precisan las responsabilidades de los componentes y autoridades del Sistema Nacional de Salud.

Secretaría de Salubridad y Asistencia

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

- I) Establecer y conducir la política nacional en materia de salud;
- II) 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;
- III) Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud;
- IV) Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud;
- V) Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud;
- VI) Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;
- VII) 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
- VIII) Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

La Ley General de Salud define 27 rubros en materia de salubridad general y distribuye la competencia de las autoridades sanitarias en la planeación, regulación, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

De esta manera signa, entre otras (Artículo 13), las siguientes atribuciones a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

- 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;
- Organizar y operar servicios para el programa contra la farmacodependencia, el control sanitario, y la sanidad internacional, así como vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud;
- Desarrollar, temporalmente, acciones de salud en las

entidades federativas, cuando éstas lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación;

- Promover, orientar, formular y apoyar las acciones en salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas;
- Realizar la evaluación general de la prestación de los servicios de salubridad general en todo el territorio nacional;
- Organizar y operar los servicios de salud a su cargo y, en todas las materias de salubridad general, desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas, cuando éstas se lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto;
- Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia;
- Promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento, y
- Coordinar el Sistema Nacional de Salud.

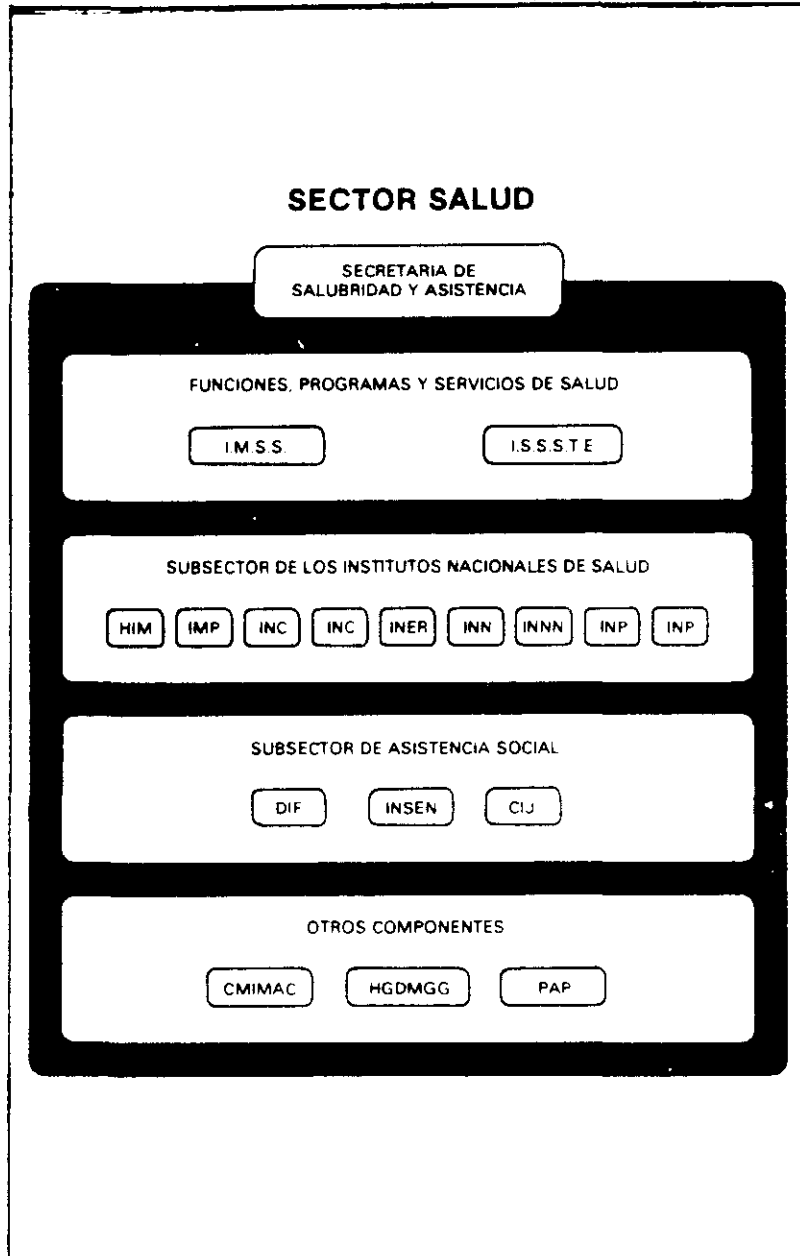
Sector Salud

La Ley de Planeación (Art. 16), y los acuerdos de sectorización encomiendan a los coordinadores de cada sector la planeación, coordinación, evaluación y vigilancia de las entidades de la administración paraestatal adscritas al sector.

En el caso del sector salud, de manera interesante, se hizo la modificación al Artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal que permite introducir en la sectorización de salud un agrupamiento por programas y funciones en lo que toca al Instituto Mexicano del Seguro Social y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, pero cuyos programas, funciones y servicios que desarrollan en el campo de la salud sí caen bajo la égida del sector salud y, por lo tanto, bajo la acción de coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La conformación del sector salud persigue diez objetivos básicos:

- I) Integrar un sector de la Administración Pública Federal tradicionalmente disperso;
- II) Consolidar un sector administrativo fundamental para la concertación e inducción de acciones con los sectores social y privado;
- III) Posibilitar la programación integral y el desarrollo del programa-presupuesto en el sector;
- IV) Preservar y fortalecer la autonomía técnica y orgánica de las entidades sectorizadas;
- V) Instrumentar la infraestructura requerida para coordinar el sector salud y el programa sectorial de salud;



- VI) Conformar un mecanismo que permita interrelacionar los programas, sistemas, recursos, estructuras y funciones del sector salud;
- VII) Organizar el Sector Salud como un subsistema del Sistema Nacional de Planeación Democrática;
- VIII) Armonizar e impulsar los sistemas de asistencia social, asistencia médica, vigilancia epidemiológica y control sanitario;
- IX) Uniformar y desarrollar integralmente la organi-

zación y funcionamiento de las entidades del sector; y

- X) Desarrollar la infraestructura que permita la programación intersectorial y regional para la salud.

La base jurídica vigente permite configurar al Sector Salud de la siguiente forma (figura 5):

- 1) Las funciones, programas y servicios de salud que realizan el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Tra-

bajadores del Estado y, en general, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

- II) El subsector de los institutos nacionales de salud, que incluye los de Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Neurología y Neurocirugía, Nutrición, Pediatría, Perinatología, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Hospital Infantil de México.
- III) El subsector de instituciones de asistencia social incluyen el DIF, los Centros de Integración Juvenil y el Instituto Nacional de la Senectud. El eje de la asistencia social y la vigilancia de la operación de ella recae en el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia.
- IV) Otras entidades que tienen diferentes ubicaciones y funciones en el Sistema Nacional de Salud, como son: el Hospital General Dr. Manuel Gea González, el Centro Materno Infantil Maximino Avila Camacho, y un patronato para la Asistencia Privada.

La integración del Sector Salud tiene dos modalidades: la integración programática y la integración estructural.

La primera la aplica el punto I) señalado en los integrantes del sector salud. La segunda aplica, a los servicios de salud a la población general, en el ámbito de cada una de las entidades federativas y se complementa con la integración programática de los sistemas de seguridad social.

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 Salubridad y Asistencia, 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 y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, y con una secretaria a cargo del Secretariado Técnico de Gabinetes.

Este cuerpo colegiado desempeña una función trascendental 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 como ya señalé, una autoridad sanitaria. Está integrado por el Secretario de Salubridad y Asistencia, quien preside, un secretario y doce vocales titulares, que incluye a representantes de las instituciones del sector (IMSS, ISSSTE, DIF DDF Y SDN), de 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.

Tanto la Ley General de Salud como su Reglamento Interno, señalan diversas competencias del Consejo en relación al Sistema Nacional de Salud, entre ellas;

- Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud;
- Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicas, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud;
- Elaborar el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud;
- Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud;
- Rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del Programa Sectorial de Salud, y
- Analizar las disposiciones legales en materia de salud.

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 se establezca en los acuerdos de coordinación que celebren los gobiernos de las entidades federativas con el Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

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:

- 1o. 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 transmisibles y accidentes; la asistencia social; el programa contra el alcoholismo y contra el tabaquismo.
- 2o. Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y **planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud**, procurando su participación programática en el primero; y

- 3o. 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 de Desarrollo.

Participación de los sectores social y privado

Conforme a la legislación vigente, la Secretaría de Salubridad y Asistencia promoverá 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 concertación de acciones entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los integrantes de los sectores social y privada, se realizará mediante convenios y contratos, los cuales se ajustarán a la definición de las responsabilidades que asuman los integrantes de los sectores social y privado, la determinación de las acciones de orientación, estímulo y apoyo que llevará a cabo la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y la especificación del carácter operativo de las mismas.

La modalidad de participación que se ha instrumentado hasta ahora es la consulta popular.

Se ha señalado que en materia de salud la participación social tiene un significado relevante por, al menos tres razones:

- I) Porque la protección a la salud es un derecho consagrado en la Constitución;
- II) Porque es compromiso del Gobierno descentralizar los servicios de salud a las entidades federativas para acercarlos a sus beneficios; y
- III) 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.

Si bien la consulta popular se inició con el propósito de recoger aportaciones al Plan Nacional de Desarrollo también es necesario hacer de ellas un ejercicio permanente para incorporar el concurso social, los puntos de vista, opiniones y propuestas de los sectores de la sociedad que se dan de manera continua y no necesariamente en respuesta de un llamado.

La consulta popular es así un mecanismo permanente para el ejercicio de la participación de las de perfilar las estructuras de desarrollo.

Estrategias de Consolidación del Sistema

El Secretario de Salubridad y Asistencia ha señalado que el cometido de consolidar el Sistema Nacional de Salud se fundamente en tres grandes estrategias:

- I) La **sectorización** de las instituciones que proporcionan servicios de salud, junto con la creación de los correspondientes instrumentos de coordinación programática presupuestaria y operativa. Esto es el orden de lo que se pretende hacer.

- II) La **descentralización** de los servicios de salud a la población para que los gobiernos estatales y municipales asuman gradualmente la responsabilidad en la prestación y administración de servicios de salud; se busca una más adecuada diferenciación de funciones por efecto de la desconcentración y descentralización de los servicios. Esto es la equidad en la prestación de los servicios y responsabilidades.

- III) La **modernización administrativa** entendida ésta como la conformación de una administración sanitaria más simple, más expedita y más eficaz y que se orienta en la perspectiva de los cambios estructurales. Esto es la **adecuación de las estructuras organizativas** y de los procedimientos.

SECTORIZACION

Se entiende por sectorización el agrupamiento de entidades para—estatales por sector administrativo, que permite a una Secretaría de Estado o Departamento Administrativo, conducir, planear, programar, evaluar, organizar y controlar las actividades de las entidades bajo su coordinación.

Las Secretarías de Estado o el Departamento del Distrito Federal son dependencias del Ejecutivo Federal que actúan como coordinadores de sector, y una serie de organismos descentralizados o empresas de participación estatal concurren o se agrupan bajo éstas para constituir un sector administrativo, en el capítulo anterior se caracterizó el sector salud, conviene en este señalar los esfuerzos de sectorización que se han emprendido.

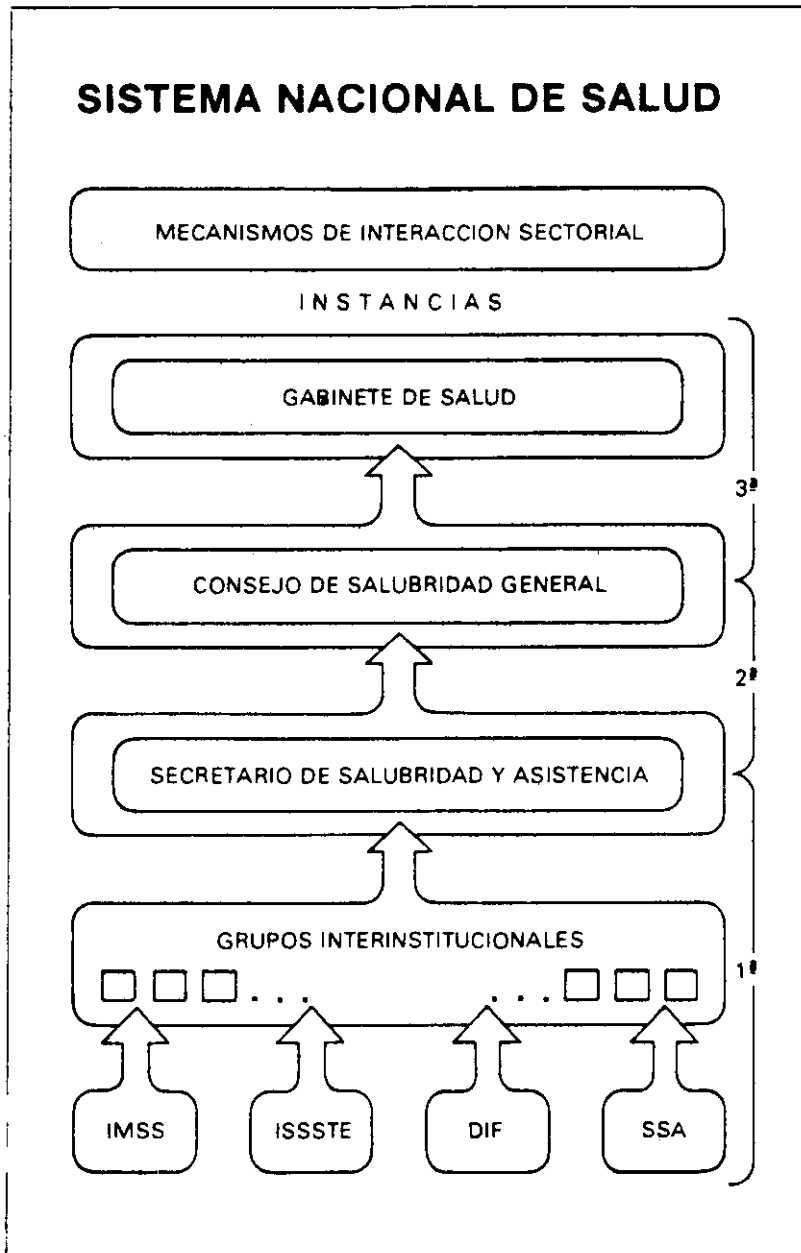
Mecanismos de interacción sectorial

La definición de normas de planeación y de evaluación que corresponde en el marco sectorial han hecho necesario establecer vínculos de interacción y concertación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y las entidades del Sector Salud, a través de la Subsecretaría de Planeación. Al efecto las instituciones del sector salud han acordado un mecanismo de interacción sectorial que comprende tres instancias en la sectorización (figura 6):

- Los grupos interinstitucionales;
- El Consejo de Salubridad General;
- El Gabinete de Salud.

Grupos interinstitucionales

En ejercicio de sus facultades de coordinación sectorial, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por conducto de la Subsecretaría de Planeación, estableció los grupos interinstitucionales con el propósito de integrar el esfuerzo sectorial y tratar en profundidad los temas que revisten mayor importancia en el ámbito de la salud mediante programas interinstitucionales de salud. Estos representan un componente importante del Programa Sectorial de Salud y en ellos se plasma la acción conjunta de las instituciones involucradas en debida complementación de los programas institucionales.



Los grupos interinstitucionales se integran por representantes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano de Seguridad Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Pueden participar en las sesiones de los grupos otros organismos que tienen o pueden tener interés directo en el tema bajo discusión, mediante la aportación de estudios y opiniones.

El secretario de estos grupos es miembro del Secretariado Técnico del Gobierno de Salud.

Los grupos interinstitucionales juegan un papel clave para la integración programática del Sector Salud.

Puede afirmarse que el propósito último en la operación de los grupos interinstitucionales consiste en alcanzar la integración programática del Sector Salud y contribuir, de esa manera, a la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

De ese propósito se derivan como objetivos fundamentalmente para cada grupo interinstitucional:

- Generar elementos para el proceso sectorial de programación presupuestación y evaluación;
- Dar elementos para los programas interinstitucionales que contribuyen a hacer operativo el Programa Sectorial de Salud y los correspondientes operativos anuales;
- Apoyar el seguimiento y análisis de la instrumentación del programa interinstitucional;
- Contribuir a la generación de normas técnicas para el sector.

Las funciones principales de los grupos interinstitucionales, establecidas en común acuerdo entre la Secretaría y la entidades del Sector son:

- Proponer políticas y estrategias en los campos de la atención médica, la salubridad y la asistencia social, para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud.
- Concertar los programas institucionales del Sector Salud
- Estudiar y hacer recomendaciones respecto de la asignación de los recursos presupuestarios que permitan atender las prioridades establecidas en el Programa Sectorial operativo anual, tomando en cuenta las limitaciones que sobre el particular impongan las leyes constitutivas de las instituciones.
- Diseñar mecanismos para el establecimiento de acciones coordinadas y complementarias entre las entidades del Sector.
- Concertar indicadores uniformes para el control de gestión, y definir los criterios de medición correspondientes.
- Convenir en la información necesaria para el seguimiento y evaluación de los programas en operación, tanto en lo relativo a la eficacia global de la acción como a la eficiencia en el manejo de los recursos.

El papel de los grupos interinstitucionales fue determinante para formular las aportaciones del Sector Salud al Plan Nacional de Desarrollo, y están trabajando ahora para las del Programa Sectorial que se definirá en breve. Retomando textualmente las palabras del Secretario de Salubridad y Asistencia, pronunciadas ante el C. Presidente de la República en ocasión de la instalación del Gabinete de Salud:

“El agrupamiento por programas y funciones afines, que previenen las reformas legales que comentamos se funda en la vocación programática que tiene la sectorización, y se acomoda al hecho evidente de que existen entidades cuyos programas se colocan en varios sectores administrativos”.

¹ “Planteamientos Iniciales para la consolidación de un Sistema Nacional de Salud” en **Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia**, No. 2, p. 17.

Esta expresión del doctor Soberón señala categóricamente que el objetivo primordial de la sectorización, como estrategia es el logro de la programación, de la integración y programática, cuya base sustantiva radica en la coordinación. Es aquí donde se sitúa el compromiso fundamental de los grupos interinstitucionales: coordinación, concertación de esfuerzos y voluntades para el logro de la programación.

Este es uno de los puntos cruciales de la tarea y el compromiso por cumplir. Hacer de la coordinación un instrumento eficaz y ágil de apoyo a la planeación.

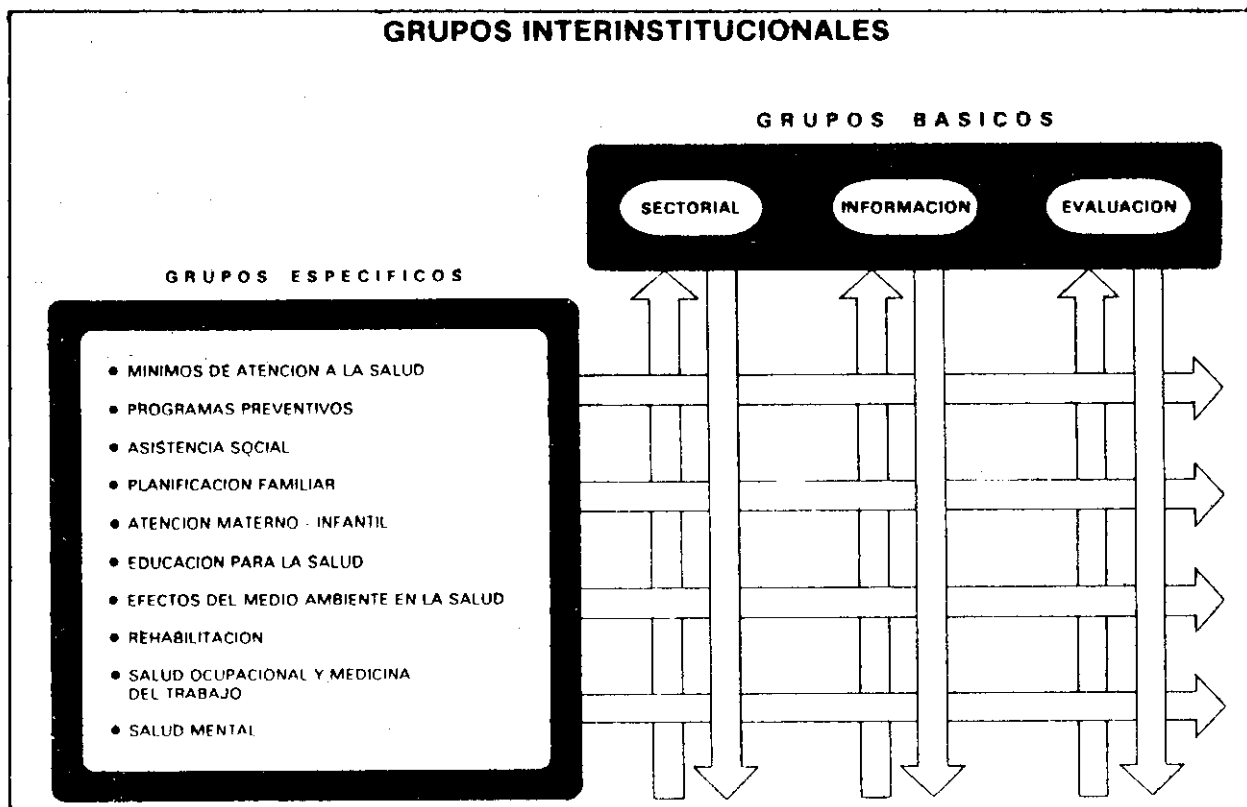
Se han creado hasta ahora 18 grupos interinstitucionales: tres de ellos **básicos**: los del programa sectorial, de información y de evaluación, y quince **específicos**, que trabajan en estas materias, sin perjuicio de adicionar en el futuro los que se requieran o en su caso generar recomposiciones de ellos (figura 7).

- Mínimos de atención a la salud
- Programas preventivos
- Investigación
- Asistencia social
- Recursos humanos para la salud
- Planificación familiar
- Asistencia materno-infantil
- Instalaciones físicas
- Educación para la salud
- Sistemas de subrogación
- Efectos del ambiente en la salud
- Financiamiento del Sector
- Rehabilitación
- Salud ocupacional y medicina del trabajo, y
- Adquisiciones consolidadas del sector salud

Los grupos básicos responden a un propósito integrador del esfuerzo sectorial. Los grupos específicos se orientan al tratamiento, en profundidad, de temas diversos de los aspectos generales y específicos del sector.

Los grupos básicos se orientan a integrar los productos de los grupos específicos; a procurar la congruencia global de los programas interinstitucionales en el Programa Sectorial de Salud.

Un programa se define en función de su contribución o rendimiento al logro de un objetivo específico, medible. Esta característica es la que permite deslindar responsabilidades en su ejecución, y en última instancia evaluar su efectividad y eficiencia.



Los programas interinstitucionales de salud precisan objetivos específicos, metas a alcanzar, responsables y tiempos de ejecución y ubican sus acciones en las vertientes de instrumentación de la planeación.

Los programas interinstitucionales se irán precisando en sus metas a través de la formulación de los **programas operativos anuales sectoriales** que serán las expresiones concretas de los propósitos y objetivos del Programa Sectorial de Salud de mediano plazo y contendrán las asignaciones precisas de recursos, también definirán las responsabilidades de su ejecución. Su formulación se sustentará, conforme al proceso de planeación de salud, en la imagen-objetivo que se desea alcanzar, en los resultados obtenidos, y en la evaluación de las condiciones actuales de salud.

Hace falta avanzar en el ejercicio programático anual de los grupos interinstitucionales y en cómo vincular éste en la instrumentación, control y evaluación de los Programas Operativos Anuales Institucionales y el Sectorial.

El programa interinstitucional representaría una **partición** de las acciones que el sector salud se compromete en cada año; esto significa:

- I) Precisar las acciones que cada institución se encargará de emprender de tal manera que la unión de todas dé como resultado las acciones del sector en su conjunto;

- II) Las acciones programadas de cada institución se relacionan con las partidas presupuestales correspondientes en su institución, de manera que puede contemplarse un presupuesto consolidado dentro de la estructura programática del sector salud;

Con esto se buscará: 1) racionalizar las acciones del sector salud para evitar duplicación o insuficiencia de ellas 2) hacer un uso óptimo de los recursos.

En la medida de que se vaya perfeccionando la capacidad programática de los grupos interinstitucionales se contribuirá a un proceso de planeación sectorial participativo y fundado en una verdadera y sólida "cultura sectorial" y dar una respuesta integrada del sector salud en acciones congruentes con las necesidades de desarrollo del país.

Consulta Popular Permanente

En los meses de febrero y marzo de 1983 se realizó el Foro de Consulta Popular para la Planeación Democrática de la Salud; en los cuales se expresaron preocupaciones y opciones de solución a problemas de salud, por parte de los diferentes grupos participantes. Participaron cerca de 1,600 personas representantes de los sectores social y privado, quienes expresaron abiertamente sus opiniones y recomendaciones alrededor de los temas considerados y se recibieron 286 ponencias.

La información captada mediante la Consulta Popu-

lar ha dado como resultado la mejor identificación de los problemas más urgentes y las carencias más apremiantes y constituyen un conjunto de demandas sociales y de estrategias alternas que han sido consideradas por los grupos institucionales para enriquecer el Programa Sectorial de Salud.

El Programa Sectorial de Salud

La Secretaría de Salubridad y Asistencia, en cumplimiento de las facultades que le confieren la Ley de Planeación, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, el Decreto que aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y el Acuerdo sobre el funcionamiento de las entidades de la Administración Pública Paraestatal y sus relaciones con el Ejecutivo Federal y en su carácter de dependencia Coordinadora del Sector Salud ha orquestado las actividades que han llevado a la formulación del **Programa Sectorial de Salud** para el período 1984-1988.

Para su formulación se tomaron en cuenta:

- Las aportaciones del sector salud al Plan Nacional de Desarrollo;
- Las aportaciones de las instituciones del sector recogidas en los grupos de trabajo de los programas interinstitucionales de salud, y
- Las aportaciones de los sectores social y privado expresadas en la Consulta Popular para la Planeación Democrática de Salud.

El cometido fundamental del **Programa Sectorial de Salud** consiste en conformar y consolidar el Sistema Nacional de Salud que garantice los mecanismos para hacer operativo el derecho a la protección de la salud y que contribuye al desarrollo de una sociedad igualitaria y justa, fundamento político y doctrinario del presente régimen federal.

El **Programa Sectorial de Salud** expresa en medidas concretas la política nacional de salud; por ello, es primordialmente un compromiso político del Sector Salud y del Gobierno Federal para convertir en realidad la responsabilidad del Estado Mexicano, de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, apoyado en:

- La rectoría del Estado en materia de salud;
- La aplicación y traducción operativa de la Ley de Planeación en el ámbito del Sector Salud;
- La participación comprometida de las instituciones que conforman el sector de la formación y operación del Programa;
- La participación de las entidades federativas en la operación del Programa; y
- La participación social permanente, mediante el establecimiento de mecanismos que hagan efectiva la Consulta Popular.

El **Programa Sectorial de Salud** se sujeta a los siguientes principios rectores.

- Expresa el esfuerzo conjunto y comprometido de las instituciones del sector salud.
- Es marco normativo para los programas institucionales, conforme a las disposiciones legales aplicables.
- La coordinación con las entidades federativas procura que el Programa Sectorial de Salud se transforme en un programa nacional, a través de los convenios únicos de desarrollo.
- En lo conducente, contempla la concertación e inducción de acciones para que los sectores social y privado contribuyan al logro de los objetivos del Programa Sectorial de Salud.

El propósito fundamental que anima la formulación, instrumentación, control y evaluación del Programa Sectorial de Salud, consiste en hacer efectivo el derecho a la protección de la salud mediante el establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud que tienda a brindar a toda la población el acceso a estos servicios, y que dé un uso más eficiente de los recursos, contribuyendo así al logro de una sociedad más igualitaria.

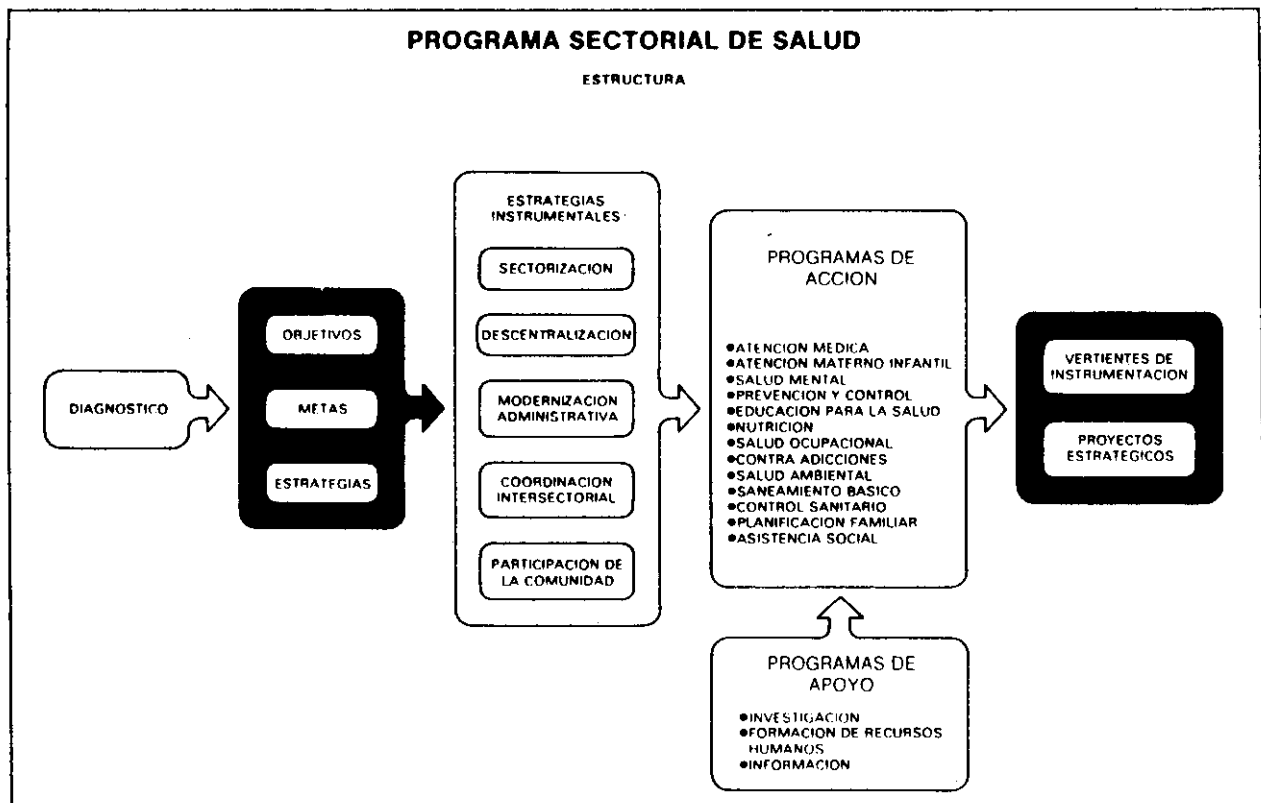
El Programa Sectorial de Salud está estructurado en cuatro partes: 1) diagnóstico general; 2) objetivos, metas y estrategias; 3) programas de acción y 4) proyectos estratégicos y vertientes de instrumentación (figura 8).

El diagnóstico general comprende los antecedentes institucionales del sector; la caracterización de los servicios de salud y la descripción de los elementos orgánicos del Sistema Nacional de Salud. Se destacan los principales aspectos demográficos vinculados a la salud: crecimiento, estructura y distribución de la población; se refieren los indicadores de mortalidad y de morbilidad; se enuncian los principales factores condicionantes: económicos, sociales y ambientales: contaminación, vivienda, nutrición y educación. También se perfila la problemática de la atención médica, de salud pública y de asistencia social. Finalmente se hace un inventario de los recursos actuales del sector: estructura, institucional, cobertura, recursos físicos y humanos, recursos financieros.

La segunda parte establece los objetivos, metas y estrategias generales, tomando como piloto el propósito básico del Programa Sectorial de Salud.

Los objetivos generales del Sector Salud, propuestos en el Programa son:

- Proporcionar servicios de atención médica a toda la población y mejorar y hacer homogénea la calidad de los mismos, que atendiendo a los problemas prioritarios y a los factores que causan y condicionan los daños a la salud.
- Abatir la incidencia de las enfermedades transmisibles fortalecer las acciones que tienden a limitar las no transmisibles, así como los accidentes, otorgando prioridad a las acciones de carácter preventivo.



- Promover la salud en la población disminuyendo la incidencia de los factores que la ponen en peligro y fomentando el autocuidado de la salud, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados y con especial preocupación por los grupos más vulnerables.
- Coadyuvar al mejoramiento de las condiciones sanitarias y del medio ambiente que propicien niveles satisfactorios de salud en la población en general.
- Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la familia, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, fundamentalmente la materna e infantil, a través del suministro a la pareja y al individuo, de información, elementos y servicios que les permitan decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos.
- Contribuir al bienestar social de la población al proporcionar asistencia social principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados, minusválidos, madres gestantes de escasos recursos, así como a indigentes, a fin de propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social, y apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad, fomentando la educación para la integración social.

Las metas de resultados a 1988 se refieren a: mortalidad general y en grupos específicos; planificación familiar, morbilidad, metas de cobertura y consecuentemente su implicación en ampliación de infraestructura física.

También se enuncian metas operativas a alcanzar en 1984, tomando como base la apertura programática vigente.

El establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud, así como el eficaz cumplimiento de los programas 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 participación de la comunidad. Su determinación obedece al impulso que requieren todas las actividades de salud dentro de bases y criterios de orientación común.

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

Conviene señalar que la estrategia de coordinación intersectorial obedece a la necesidad de acrecentar los vínculos con otras entidades de la administración pública cuya acción incide en el mejoramiento de los niveles de salud de la población y de la comunidad. La coordinación intersectorial tiende a armonizar y compatibilizar el uso de los instrumentos que dispone el Estado y se sujeta a la determinación de acciones seleccionadas bajo dos criterios fundamentales: aquellos que condicionan el estado gene-

ral de salud y los relativos a la adecuada operación de los servicios de salud.

Se establecen así líneas de acción con los sectores de educación, de gobernación, trabajo y programación social, desarrollo urbano y ecología, comercio y fomento industrial, agricultura y recursos hidráulicos, comunicaciones y transportes, energía, minas e industria paraestatal, principalmente. También se precisan líneas de interacción con las secretarías globalizadoras (SPP, SCGF, SHCP).

Conforme a las materias de salubridad general que define la Ley General de Salud se constituyen trece programas de acción, agrupadas en torno a los seis objetivos del sector y otros programas de apoyo a los anteriores. Cada programa de acción comprende una descripción del programa: la problemática que le da origen; un objetivo específico; líneas estratégicas de acción agrupadas en torno a diversos campos definidos a partir de las características particulares de cada programa. Estas últimas constituyen estrategias específicas del Programa Sectorial de Salud.

A fin de proporcionar servicios de atención médica a la población y mejorar la calidad de los servicios, se consideran los programas de atención médica, atención materno infantil y de salud mental. Conviene abatir la incidencia de las enfermedades; se constituyen el programa de prevención y control de ellas. Para prevenir la salud de la población se agrupan los programas de educación para la salud, de nutrición, de salud ocupacional y el programa contra las adicciones.

Para coadyuvar al mejoramiento de las condiciones sanitarias y ambientales se consideran los programas de salud ambiental; saneamiento básico, control y vigilancia sanitaria. Para contribuir al desarrollo demográfico armónico se establece el Programa de Planificación Familiar, finalmente para fortalecer la asistencia social se define el Programa específico.

Los programas de apoyos son los de investigación, de formación de recursos humanos y de información.

La última parte del programa comprende los proyectos estratégicos entendidos como las inversiones que se requieren en el mediano plazo y se caracterizan las cuatro vertientes de instrumentación de la planeación nacional de desarrollo en lo que difiere en sus particularidades del sector salud.

Coordinación Intersectorial

El Sistema Nacional de Planeación Democrática pretende lograr una mejor articulación entre los diferentes sectores de la Administración Pública Federal; asimismo busca asegurar compatibilidad entre los aspectos regionales y los planes estatales de desarrollo.

En la visión integral del Plan Nacional de Desarrollo, la realización de un siguiente paso, consiste en formular los programas sectoriales; se hace necesario cuidar la congruencia entre ellos y con el Plan, lo que implica:

- I) Identificar los objetivos, prioridades y acciones que corresponde alcanzar o realizar en el sector salud, e

- II) Identificar aquéllos en los que exista o pueda existir interrelación entre el sector salud y otros sectores.

Esto supone los siguientes aspectos:

- I) Cada uno de los sectores tiene asignados fines específicos orientados a coadyuvar en el desarrollo del país y en la realización del propósito fundamentalmente y los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo;
- II) Los sectores deben interactuar entre sí con el objeto de contribuir, tanto en lo individual como en conjunto, en la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo integral del país.
- III) Algunas de las responsabilidades se comparten entre los distintos sectores y generan traslapes que en muchos casos, son inevitables y acaso necesarios, por lo que es necesario racionalizar la situación a fin de propiciar acciones adicionales de coordinación y concertación intersectorial;
- IV) Es importante perfeccionar las interrelaciones que se dan o deban darse entre el sector salud y otros sectores.

Se entiende que hay interacción entre los sectores cuando los objetivos, estrategias, funciones y acciones que se dan en uno inciden o son relevantes a otro, sea porque el producto de sus funciones le repercuten, sea porque también colaboran en un mismo esfuerzo.

Se han emprendido acciones de coordinación intersectorial en los aspectos de: insumos del sector salud, planificación familiar, alimentación, formación de recursos humanos e investigación. En todos ellos, salvo el de alimentación el elemento clave ha sido el Gabinete de Salud.

Los desajustes económicos provocaron el desabastecimiento de medicamentos en el conjunto del sector salud. Esto fue discutido en el Gabinete de Salud, al que concurrió el Secretario de Comercio y Fomento Industrial. De aquí se derivó la institución del Cuadro Básico de los Insumos del Sector Salud de observancia obligatoria para todos los componentes de éste y demás dependencias y entidades que presten servicios de salud. Los insumos se clasifican en medicamentos, materias primas, productos biológicos, reactivos, equipos e instrumental médico, material de curación e información científica. Para su cuidado y análisis se estableció la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud como grupo de trabajo del Consejo de Salubridad General.

Posteriormente se establecieron comités internos de: Medicamentos, Equipos de Instrumental Médico, Material de Curación y Material de Información Científica a fin de auxiliar al Secretario en la orientación de los trabajos de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.

La regulación del crecimiento de la población del país es un aspecto contemplado en la política de gobierno enunciada en el Plan Nacional de Desarrollo. Así, la plani-

ficación familiar adquiere un aspecto prioritario en el sector señalado tanto en la sesión de establecimiento del Consejo Nacional de Población como en una reunión del Gabinete de Salud. Así, la Planificación Familiar no es sólo la prestación de servicios específicos sino también la integración de estrategias de información, orientación, comunicación y educación sexual.

Derivado del Plan Nacional de Desarrollo, se estableció el Programa Nacional de Alimentación a fin de procurar la soberanía alimentaria y alcanzar condiciones de alimentación y nutrición que permitan el pleno desarrollo de la capacidad y potencialidades de los mexicanos. El Programa define lineamientos de estrategias generales y lineamientos estratégicos por fase del proceso alimentario; uno de los cuales es el de Nutrición y Consumo. Para su instrumentación se establecen la Comisión nacional de Alimentación, presidida por el titular del Ejecutivo Federal e integrado por diversas secretarías de Estado, Hacienda y Crédito Público, Programación y Presupuesto, Comercio y Fomento Industrial, Agricultura y Recursos Hidráulicos, Salubridad y Asistencia y Pesca; adicionalmente para cada fase del proceso y para las distintas políticas de apoyo se establecen subcomisiones.

Por su parte, la Secretaría de Salubridad y Asistencia ha establecido el Comité Interno de Nutrición como órgano de estudio, integración y coordinación para apoyar a la Comisión Nacional de Alimentación. Entre sus facultades está la de formular el Programa de Nutrición.

En la última reunión de 1984 del Gabinete de Salud se discutió el tema de la formación y de investigación para la salud. Se trata de establecer y desarrollar relaciones de colaboración docente, científica y tecnológica en materia de salud y asistencia social entre las dependencias de salud, las educativas y las de investigación. Se establecieron así las comisiones interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y la Interinstitucional de Investigación en Salud.

La Comisión de Recursos Humanos tiene como propósito identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud así como entre los respectivos sectores en la formación de los recursos que requiera el Sistema Nacional de Salud. Esta Comisión presidida por el Secretario de Educación Pública y por el de Salubridad y Asistencia e integrada por representantes de esas secretarías y la de Programación y Presupuesto, del IMSS, del ISSSTE, del DIF y del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica; además se invitará a formar parte de ella al Consejo Nacional de la ANUIES, a la Academia Nacional de Medicina y un representante de los institutos nacionales de salud.

La Comisión de Investigación tiene como propósito contribuir a la formulación de políticas de investigación de salud y de coordinación de acciones. Su conformidad y titularidad es similar a la de recursos humanos.

Instrumentos para la Sectorización

En la quinta reunión del Gabinete de Salud, celebrada el pasado 8 de febrero, se discutió, entre otros temas, el relativo a los alcances e instrumentos de la sectorización. Se

evaluaron las bases obtenidas en 1983 y se establecieron objetivos y estrategias para que en 1984 se consoliden los avances y se tomen nuevas decisiones que permitan llevar adelante el fortalecimiento del sector salud, con el fin de consolidar el Sistema Nacional de Salud y darle efectividad creciente a la garantía social del derecho a la protección de la salud.

En este sentido se aprobaron los objetivos y estrategias para la sectorización, que deberán coordinar al Sector Salud y a las instituciones que lo integran, en todas las acciones que se generen para la sectorización funcional y programática.

El objetivo general planteado consiste en lograr una plena cobertura de los servicios de salud dando prioridad al primer nivel y garantizando una calidad para todos los habitantes del país.

Este objetivo deriva en seis objetivos específicos, a saber:

- Consolidar la participación de las entidades paraestatales como coadyuvantes fundamentales de políticas sustantivas de salud a cargo del Ejecutivo a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Modernizar la infraestructura de coordinación sectorial, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de las entidades paraestatales involucradas.
- Desarrollar la infraestructura que permita la programación intersectorial y regional de la salud, de la Dependencia coordinadora y de las entidades paraestatales que integran el sector.
- Consolidar el modelo de planeación, programación, presupuestación, información y evaluación en sus instancias sectorial, subsectorial e institucional.
- Ampliar la cobertura del primer nivel de atención.
- Asegurar que el sector salud participe en el logro de los objetivos generales de desarrollo del país, dentro de las vertientes establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo.

Con estos se formalizaron diversas estrategias para consolidar el sector, entre ellas:

- Definir los universos de población que podrán ser atendidos por cada una de las instituciones del sector, a fin de evitar incoordinaciones y duplicidades y contribuir a la ampliación de cobertura.
- Instrumentar los mecanismos para la coordinación presupuestaria y programática de los servicios de atención a la salud de las instituciones de seguridad social.
- Implantar los mecanismos sectoriales de programación, información, evaluación y control del Sector Salud con apoyo en los grupos interinstitucionales respectivos.
- Asegurar la coordinación de las dependencias e instituciones del Sector en programas como educación para la salud, vacunación y planificación familiar.

- Instrumentar un mecanismo de participación interinstitucional para la generación de normas técnicas que permita la coordinación programática y funcional del Sector y la homogenización de la calidad básica de los servicios de salud.
- Avanzar en el Programa de Descentralización y Desconcentración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia e instituciones del Sector, para la mayor eficacia operativa de los Sistemas de Salud a todo el país.
- Reforzar los instrumentos de coordinación sectorial a nivel estatal.
- Reforzar las funciones y atribuciones de los subcomités de salud, en los Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal (COPLADES), con el propósito de fortalecer los instrumentos de planeación regional y de participación de los Sectores Social y Privado.
- Elaborar el programa de ampliación de cobertura de primer nivel de atención 1984-1988.
- Definir los criterios para que las instituciones de seguridad social en apego a lo estipulado en el Artículo 115 Constitucional, puedan apoyar a los Estados y Municipios en la prestación de servicios de salud a sus trabajadores.
- Modernizar la apertura programática del Sector en función de la Ley General de Salud, de la nueva Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de la Legislación que en su caso se expida en materia de Asistencia Social, así como en concordancia con lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo.
- Desarrollar mecanismos de programación intersectorial en las áreas de educación, ecología y salud ocupacional.
- Coadyuvar a elevar la integración y la autosuficiencia nacional del Sector a través del fomento a la industria proveedora de insumos para la salud.
- Formular e integrar la legislación en Asistencia Social.
- Fortalecer a los subsectores básicos de Asistencia Social e Institutos Nacionales de Salud.

Se reiteró en esa ocasión, que la sectorización no es un fin en sí mismo, sino un medio para lograr que las instituciones que atienden a la población abierta y las de seguridad social, sin menoscabo de su patrimonio y con absoluto respeto a la estructura derivada de su naturaleza jurídica, somen sus esfuerzos en pro del establecimiento del Sistema Nacional de Salud. De ahí la importancia primordial para seguir avanzando en la sectorización.

Perspectivas

La planeación y la sectorización, esto es la planeación sectorial, es una vía que nos brinda la oportunidad de consolidar la integración del sector salud. La Ley de Planeación, las medidas para crear el sector y la competencia

de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para coordinarlo lo harán posible en la medida que:

- **Se fortalezca la participación de la planeación.** Los beneficios principales de la planeación no provienen de consumir su producto, el Programa Sectorial de Salud, sino de participar en su formulación, instrumentación, control y evaluación. En la planeación de salud el proceso es más importante que el producto, pero éste es el fundamento para controlar y evaluar el proceso. Esta planeación debe hacerse con el sector y no sólo para él.
- **Se acreciente la coordinación.** La naturaleza del sector hace necesario programar simultánea e independientemente todos los aspectos del Sistema Nacional de Salud. Este es el propósito de los grupos de trabajo de los programas interinstitucionales de salud. Se trata de contender de manera armonizada con los aspectos de las funciones sustantivas de salubridad general, atención médica y asistencia social.
- **Se vigorice la planeación integral.** Esto es que las acciones derivadas del Programa Sectorial de Salud sean congruentes con los objetivos, prioridades y lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y a su vez el Programa constituye un claro y preciso marco normativo para la planeación institucional. El sentido integral de la planeación no sólo se refiere a la congruencia en los niveles sino también al establecimiento del horizonte de planeación; estamos preocupados por medios para alcanzarlos. Lo primero es la integración del programa de mediano plazo; lo segundo de los programas operativos anuales.
- **Se consolide la continuidad del proceso de planeación.** Ante la situación prevaleciente no es posible conservar la validez de los planes con el tiempo. Esto lo señala la Ley de Planeación al dar cabida a modificaciones al Plan y los programas. Los planes y los programas deben actualizar, extender u corregir frecuentemente sino es que continuamente. En esto, la programación y la presupuestación anuales y la evaluación permanentes serán elementos fundamentales de aprendizaje, corrección y verificación del rumbo.

DESCENTRALIZACIÓN DE SALUD

Sentido y características

La política de descentralización de la vida nacional ha hecho énfasis particular en los servicios educativos y los de salud. Estos son compromisos asumidos por el Ejecutivo Federal desde su toma de posesión y están señalados, en este sentido, en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988.

El proceso de descentralización de los servicios de salud es una de las estrategias fundamentales para la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

"El Jefe del Estado se ha pronunciado por la transferencia y las autoridades estatales y municipales del primer y segundo nivel de atención médica como meta del presente sexenio. . .

"Si bien el mandato del Constituyente en materia sanitaria estableció que esta materia es de competencia concurrente, es decir, deben intervenir conjuntamente la Federación y los estados, el ímpetu centralizador encontró en la administración de la salud un ámbito propicio, y los convenios de servicios coordinados de salud pública, que desde los años treinta se empezaron a celebrar con los Estados, se transformaron en vehículos de centralización.

"Los estados –y con ellos los municipios– fueron paulatina e implacablemente suplantados por la Federación.

"Aunque así fueron los hechos, el espíritu descentralizador de nuestro régimen constitucional nunca se extravió a través de las distintas modalidades de la desconcentración territorial se han dado esfuerzos por devolver a los estados, así sea parcialmente, sus facultades legales en esta materia".¹

El problema de la descentralización tiene su elemento central en la consolidación de dos políticas: 1) la de impulsar la descentralización de la vida nacional y por ende encauzar las acciones hacia un más sano federalismo, y 2) la de la salud que consiste en cuidar la eficacia y la eficiencia, la productividad y el cumplimiento de los cometidos sustantivos de la salud pública.

La descentralización no debe llevar al deterioro de los sistemas estables de salud. Para lograr éste se contemplan dos mecanismos: 1o.) la centralización de la determinación de normas técnicas a fin de uniformar y controlar los sistemas estatales y 2o.) la preservación del manejo del financiamiento en los programas de salud y la asignación que corresponde a los Estados, dentro de la vertiente de coordinación. Estas reservas facilitarían, probablemente, que los Estados respeten las normas técnicas y que no se dé un deterioro en la calidad de los servicios de salud.

Se trata en última instancia de buscar y esperar a la escala adecuada los servicios de salud en las entidades federativas.

La descentralización de los servicios de salud es un proceso más radical y complejo que la desconcentración, ya que implica la redistribución de competencias entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia, las entidades federativas y los municipios, así como de los instrumentos de política económica, sectorial y regional. Refiere, asimismo, el traslado consecuente a estos niveles de gobierno, de funciones, programas y recursos para la operación de los servicios, conservándose la Secretaría las atribuciones de planeación, normatividad, control y evaluación. Así, la Federación fijará las normas mínimas para la prestación de servicios de todos los Estados y supervisará su cumplimiento a fin de garantizar un Sistema Nacional de Salud de calidad uniforme.

Un criterio de la descentralización consiste en fundamentarla en las peculiaridades técnicas y administrativas de cada entidad federativa para realizar paulatinamente

¹Dr. Guillermo Soberón. "Planteamientos iniciales para la consolidación de un Sistema Nacional de Salud", en **Cuadernos de la Secretaría de Salubridad** op. cit. pp. 24-25.

la transferencia e integración de los sistemas de salud.

Son ocho las características del proceso de descentralización, en el ámbito de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a saber:

- I) El proceso de descentralización de los servicios de salud atañe solamente a los sistemas de atención a la población en general; es decir, no afecta a las instituciones que atienden derechohabientes o a las instituciones de seguridad social.
- II) Es un proceso gradual en cuanto a las transferencias de funciones que se van llevando a cabo por sus programas respectivos, así como en lo que respecta a las entidades federativas que son receptoras;
- III) Se realiza a través de Acuerdos de Coordinación dentro del Convenio Único de Desarrollo.
- IV) Respeto los derechos laborales de los trabajadores que están al servicio en las entidades federativas o en los servicios por descentralizar, ya que algunos tienen jurisdicción estatal y otros jurisdicción federal;
- V) Es un proceso costoso, pues requiere rehabilitar servicios, reforzar estructuras y realizar evaluaciones y seguimientos;
- VI) Es un proceso participativo, ya que el receptor interviene directamente en las decisiones sobre transferencia de funciones, programas y recursos;
- VII) El proceso de descentralización de la SSA debe ser sincrónico con el restante de la Administración Pública Federal, y
- VIII) Es un proceso sujeto a un programa específico, por lo que su acción es programada.

Marco de Referencia

El artículo cuarto constitucional, la Ley General de Salud y diversas reformas jurídicas vigentes constituyen el marco de referencia para la descentralización de los servicios de salud.

El derecho a la protección de la salud señala que la Ley definirá las competencias de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general.

La Ley General de Salud tiene entre sus objetivos dar impulso a la descentralización a través de una distribución de competencia en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas. ●

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal faculta a la Secretaría de Salubridad y Asistencia para coordinar el Sector Salud y el Sistema Nacional de Salud. Adicionalmente, la Ley de Planeación le confiere responsabilidades específicas para coordinar la planeación sectorial y para vincular ésta a la planeación del desarrollo que se da en cada una de las entidades federativas, a través de la vertiente de coordinación.

El Nuevo Reglamento de la Secretaría de Salubridad y Asistencia destaca la existencia de dos tipos de órganos desconcentrados por función y por territorio.

En este sentido el Reglamento Interior, en su capítulo XI, establece la posibilidad de que la Secretaría de Salubridad y Asistencia puede celebrar acuerdos con los Gobiernos de los Estados para establecer **Servicios Coordinados de Salud**, uno en cada Entidad Federativa, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Salud y los propios acuerdos que sobre delegación y desconcentración de facultades dicte el Secretario.

Hacia un Programa de Descentralización

Comisión de Descentralización

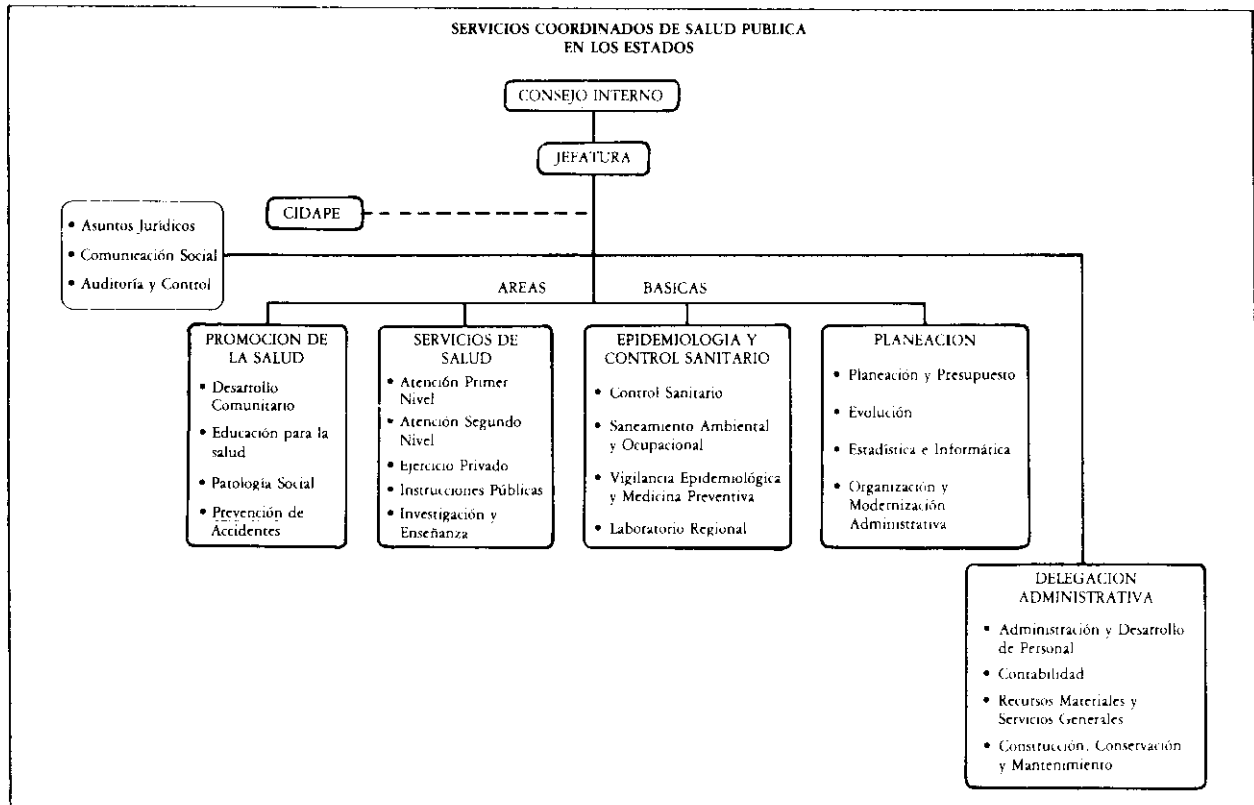
En marzo de 1983 se creó la Comisión de Descentralización y Desconcentración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a fin de apoyar la formulación de los programas de desconcentración y descentralización y coadyuvar a su ejecución. Esta Comisión se encuentra presidida por el Secretario e integrada por los Subsecretarios y el Oficial Mayor; además, los directores generales de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y de Salud Pública en el Distrito Federal, quienes fungen, en cada caso, como Secretarios Técnicos de la Comisión. La Comisión se apoya en comités internos de descentralización y desconcentración de las Subsecretarías y la Oficialía Mayor.

Bases del Programa de la SSA

El 30 de agosto de 1983, se establecieron las Bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Se precisa así que:

- I) El Programa se sujeta a los lineamientos del Ejecutivo Federal, a las normas de la Secretaría de Programación y Presupuesto defina en materia de desarrollo regional y a los acuerdos de coordinación que, conforme al Convenio Único de Desarrollo, se celebren o revisen con los gobiernos estatales;
- II) Las bases para la celebración o reunión del acuerdo de coordinación incluyen: las facultades a descentralizar a los gobiernos de los estados y las facultades de desconcentrar a los Servicios Coordinados de Salud Pública; los recursos afectados, las acciones para la integración y funcionamiento de los Sistemas Estatales; los manuales de organización, de procedimientos y de servicios y los plazos para el cumplimiento de los compromisos.
- III) Se define el carácter administrativo de los Servicios Coordinados de Salud Pública y se incorpora a su estructura los consejos internos, como órganos de gobierno.
- IV) Se fijan criterios para la adecuación progresiva de las estructuras de las unidades administrativas de la Secretaría, en el proceso de descentralización:

FIGURA 9



- Las unidades centrales ejercerán facultades normativas y de control;
- La unidad de coordinación regional ejercerá facultades de enlace y de apoyo a la operación regional y a las estrategias de descentralización, y
- Los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados ejercerán facultades de carácter operativo.

V) Se establece la adecuación a que las distintas unidades administrativas de la SSA se someterán para hacer efectivo el programa;

VI) Se establece la participación de las Jefaturas de los Servicios Coordinados de Salud en los subcomités de Salud y Seguridad Social en el seno de los COPLADES;

VII) Se hace partícipe del proceso de descentralización a los trabajadores.

VIII) Se define la creación de un órgano al que se le confiará el Sistema de Salud del Distrito Federal, sujeto a la normalidad y a las acciones de coordinación entre la SSA y el DDF.

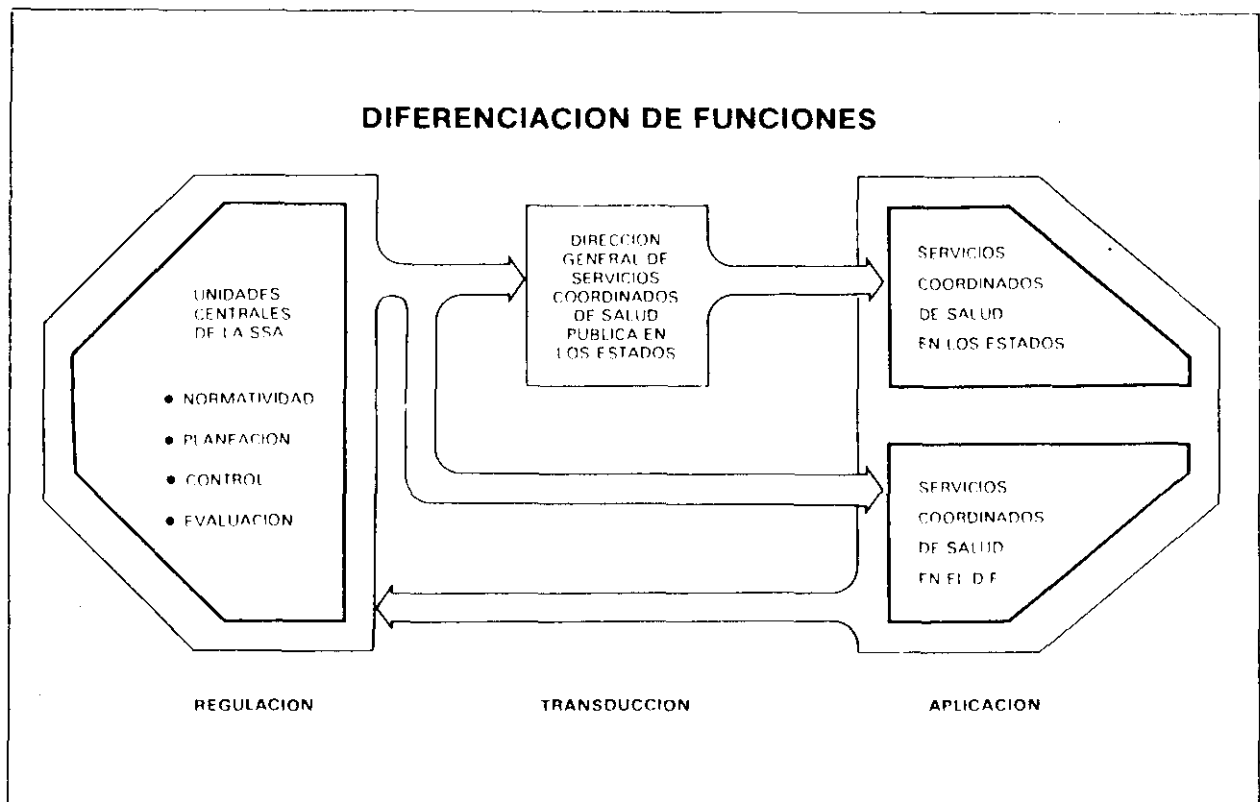
En noviembre de 1983 se formularon los lineamientos programáticos del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Estos lineamientos señalan entre otros: la distribución de la competencia de salubridad general entre la Federación y las Entidades Federativas; el carácter operativo de los Servicios Coordinados de Salud; la necesidad de adecuar, en su momento, los regímenes legales locales; la contribución de la descentralización a la integración programática de los Sistemas Estatales de Salud y en su caso la integración orgánica de los sistemas de atención a población abierta y, la contribución para interrelacionar la programación sectorial y la estatal en materia de salud.

Precisa asimismo la competencia de los Servicios Coordinados en materia de epidemiología y de control sanitario, de atención médica, así como de planeación; administración de recursos; asuntos jurídicos y control.

Se incluyen lineamientos de organización de los Servicios Coordinados de Salud Pública los cuales contarán con una estructura básica (figura 9).

En este proceso las unidades centrales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el futuro, se ocuparán de normar, planear, evaluar y controlar y los Servicios de Salud de las entidades federativas se ocuparán de la operación de los servicios. Esto requiere por una parte, que la norma puede ser enviada o actualizada en forma tal que los Servicios Coordinados de Salud puedan captarla y seguirla y, de otra parte, que la información relativa a las acciones lleva a cabo los servicios de Salud puede ser recogida para retroalimentar a las unidades centrales o sea que debe de existir un mecanismo intermedio de coordinación: la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud en los Estados (figura 10).



Así pues, la gran función de regulación que es central, debe **transducir** a la parte que aplica las acciones, o sea la parte que opera los servicios.

Esta, es una importante etapa en la reordenación del Sistema Nacional de Salud, la función que este organismo tiene que adoptar en el futuro para recoger las normas – que no es una sola– de las diferentes unidades centrales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y enlazarlas con las acciones operativas de los Servicios Coordinados de Salud que están en las entidades. Llevan éstos a cabo sus acciones y la información tiene que retroalimentarse para ser evaluada y continuar el proceso de planeación.

Bases del Programa a Población Abierta

Con el propósito de contemplar la descentralización de los servicios de salud de la SSA con los del programa de solidaridad social por participación comunitaria que por encargo del Poder Ejecutivo, presta el Instituto Mexicano del Seguro Social (Programa IMSS-COPLAMAR) y en virtud de 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, en febrero de 1984 se expidió el acuerdo de las Bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta.

Con esto se pretende que la descentralización deba ser un proceso gradual y ordenado por un programa que evite deterioros en la operación y a la vez haga posible su control y evaluación y que permita la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad, para así dar efectividad a la nueva garantía constitucional.

Se establece en ese acuerdo que los servicios de salud se descentralizarán a los gobiernos estatales con su sujeción a un programa específico y a los acuerdos de coordinación que al efecto se celebren en el marco del Convenio Unico de Desarrollo.

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 Salubridad y Asistencia, así como por el Instituto Mexicano del Seguro Social, sujetándose a los siguientes criterios:

- I) La coordinación programática de los servicios de salud a población abierta recae en los gobiernos estatales;
- II) Se coordina programáticamente durante 1984 los servicios de la SSA y los del IMSS-COPLAMAR.
- III) Antes de que concluya 1984 las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salubridad y Asistencia evaluarán el desempeño de esa coordinación programática;
- IV) En 1985 se iniciará gradualmente la descentralización de los servicios de salud a los primeros estados y en 1986 concluirá esa descentralización en

el resto de los mismos;

- V) En cada una de las fases del proceso de descentralización será prioritario cuidar que no se generen deterioros en la operación de los servicios, que se amplíe la cobertura y la calidad de éstos y que se abaten duplicidades y omisiones en el ámbito de acción de las unidades aplicativa, a través de un sistema de atención coordinado y eficiente; y
- VI) El programa definirá los apoyos que, en su caso, se pondrán a disposición de los gobiernos de los estados por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En la responsabilidad de coordinación programática de los servicios de salud a población abierta se faculta, entre otros, a los gobiernos de los estados para:

- I) Elaborar y vigilar que se lleve a cabo el Programa Estatal de Atención a Población, con la participación que corresponda a los Comités de Planeación para el Desarrollo de los Estados;
- II) Evaluar, en el ámbito de su jurisdicción territorial, la ejecución del programa estatal;
- III) Opinar sobre los proyectos de programas-presupuestos de los Servicios Coordinados de Salud Pública y de IMSS-COPLAMAR para el trámite que proceda.
- IV) Recomendar medidas tendientes al aprovechamiento más racional de las unidades de atención a población abierta, conforme a criterios de regionalización, escalonamiento, apoyo recíproco y eficiencia en el manejo de los recursos;
- V) Recomendar y orientar las obras de beneficio colectivo en las que deberán aprovecharse las jornadas de trabajo de los usuarios que como contraprestación realicen éstos;
- VI) Coadyuvar a la homogenización de los servicios de atención a población abierta conforme a políticas y normas técnicas comunes.

El mismo acuerdo establece un Comité de Operación del Programa IMSS-COPLAMAR, que integrará un representante por la Secretaría de Programación y Presupuesto, por la Secretaría de la Contraloría General de la Federación, por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, por la Secretaría de la Reforma Agraria y por el propio Instituto Mexicano del Seguro Social, quien lo presidirá. Asimismo, se invita a integrarse a dicho órgano a un representante de la Confederación Nacional Campesina, y a representantes de otras organizaciones del Sector Social vinculadas al mencionado Programa.

El Comité Técnico será un órgano de apoyo, seguimiento y evaluación de la prestación de los servicios "IMSS-COPLAMAR".

Otra modalidad que se introduce es la participación

de los delegados de la Secretaría de Programación y Presupuesto, los Jefes de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, los delegados de las Secretarías de Desarrollo Urbano y Ecología y de la Reforma Agraria y representantes de organizaciones del sector social relacionadas con el Programa IMSS-COPLAMAR en los Consejos Estatales de Vigilancia de IMSS-COPLAMAR. Pero el aspecto más importante para la integración de los servicios de salud a población abierta es el hecho de que la SSA, con la participación del IMSS, elaborará el Programa Nacional de Atención a Población Abierta, al que se ajustarán los programas de la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia 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 de Desarrollo, elaboren los gobiernos locales.

Perspectivas

Cabe hacer dos consideraciones que atañen a la perspectiva del proceso de descentralización; la primera se refiere a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la segunda al sector salud en su conjunto.

- 1o. Ante el criterio de gradualismo en la descentralización caben dos opciones en el Programa de Descentralización;
 - a) Consolidar un "plan maestro" que defina los lineamientos, estrategias, mecanismos generales de implantación y operación, y los criterios generales. Se partiría de un esquema general en el que, de acuerdo a las circunstancias específicas de cada entidad federativa se iría instrumentando la descentralización.
 - b) Formular un conjunto mínimo de directrices para la instrumentación de la descentralización. Para cada entidad federativa, con base en el análisis de la situación actual y con fundamento en ese conjunto de directrices se formularía un Programa de Descentralización específico.

La primera opción puede representar un cartabón que encajonaría a cada entidad con posibilidad de constreñirlo en las restricciones de su circunstancia. Si hay escollos iniciales difíciles de superar pudiera implicar la redefinición del "plan maestro".

Con la segunda opción, el proceso de descentralización se iría perfeccionando mediante la instrumentación de programas piloto; esta facilitaría el establecimiento de modelos alternos de descentralización, caracterizadas por un conjunto de indicadores similares entre distintas entidades federativas. Se produciría un "proceso de aprendizaje" que facilitaría la instrumentación de sucesivas etapas en el Programa de Descentralización.

- 2o. La descentralización de la vida nacional y por ende del sector salud implica la necesidad de tener presente, en el ejercicio de integración sectorial, lo siguiente:
 - Es necesario compatibilizar la desconcentración de la

operación de los servicios médicos de las instituciones de seguridad social.

- Se requiere afinar los mecanismos que permitan a la Federación convenir con los gobiernos de los Estados la prestación de los servicios de asistencia social y así concertar con los sectores privado y social este esfuerzo.
- Habrá que coordinar con las entidades federativas los programas y acciones de salud en el marco de los planes estatales de desarrollo con base en: los Programas Estatales de Inversión (PEI); el Programa Integrado de Desarrollo Rural (PIDER); el Programa de Atención a Zonas Marginadas; los Programas Sectoriales Concertados (PROSEC); los Programas de Desarrollo Estatal (PRODES) y los apoyos financieros a Estados y Municipios.
- Es conveniente orientar la descentralización y desconcentración hacia las regiones estratégicas señaladas en el Plan Nacional de Desarrollo: frontera norte, Mar de Cortés, Sureste y Zona Metropolitana de la Ciudad de México.

MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Las acciones que compete ejecutar a la Administración Pública Federal, de acuerdo a los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo, se precisan anualmente a través de programas operativos, donde se establecen las acciones concretas, los responsables, los recursos asignados y las metas.

Paralelamente al desarrollo e instrumentación de los programas sectoriales, regionales, institucionales y especiales el Plan ordena llevar a cabo acciones de modernización administrativa que permitan racionalizar estructuras y sistemas institucionales adecuándolos a las características de dichos programas.

Se pretende formular, actualizar y fortalecer el esquema de organización y coordinación sectorial a fin de articular e integrar la acción de la Administración Pública Federal con la participación de las representaciones sindicales del Estado, se establecerán las bases que permitan la formación de servidores públicos capaces, con vocación de servicio y comprometidos con las metas nacionales, que a través de la realización de su trabajo puedan lograr su superación personal y cumplir su responsabilidad de eficiencia y honestidad para con el Estado y la sociedad.

Vertientes

La tercer gran estrategia de consolidación del Sistema Nacional de Salud y la Modernización Administrativa, es un proceso con dos grandes vertientes fundamentales.

- Los cambios estructurales que se den tienen que llevar a condiciones idóneas en la organización, para que ésta pueda ser efectiva en sus funciones.
- Contar con un componente que recoja las aspiraciones y condiciones idóneas para el trabajo del hombre; es decir, no se trata solamente de hacer estructuras frías, sino de hacer que los trabajadores de la salud puedan

ámbito de sus respectivos servicios, direcciones, condiciones adecuadas para el desarrollo de su trabajo.

Los elementos involucrados en esta tercer estrategia se refieren en cuanto a la primera vertiente, a normas y políticas, sistemas y procedimientos; recursos y programas, estructuras y funciones, y en lo que toca a las condiciones de trabajo, a los ingresos y responsabilidades, al reconocimiento institucional, a la estabilidad y desarrollo, a la seguridad social básica, a las prestaciones sociales y culturales a fin de buscar la efectividad en los servicios a la sociedad.

Los ámbitos que abarca la modernización administrativa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia son: la planeación integral del Sector; la reordenación de funciones y estructuras; la simplificación de procedimientos; la descentralización de los servicios; las acciones del servicio social y renovación moral, que atañen directamente a los trabajadores de la salud.

Etapas

El Programa de Modernización Administrativa de la Secretaría contempla tres etapas: En la primera se introducen modificaciones a la estructura de la Secretaría en los sistemas directivo y de relación, de regulación, de administración y de control; en la segunda se orienta a la reordenación regional de los servicios de salud; la tercera implica la reordenación de las funciones sustantivas.

En la primera se suprimieron nueve Direcciones Generales y se crearon cuatro. La Oficialía Mayor se consolidó como área de servicio y la Subsecretaría de Planeación

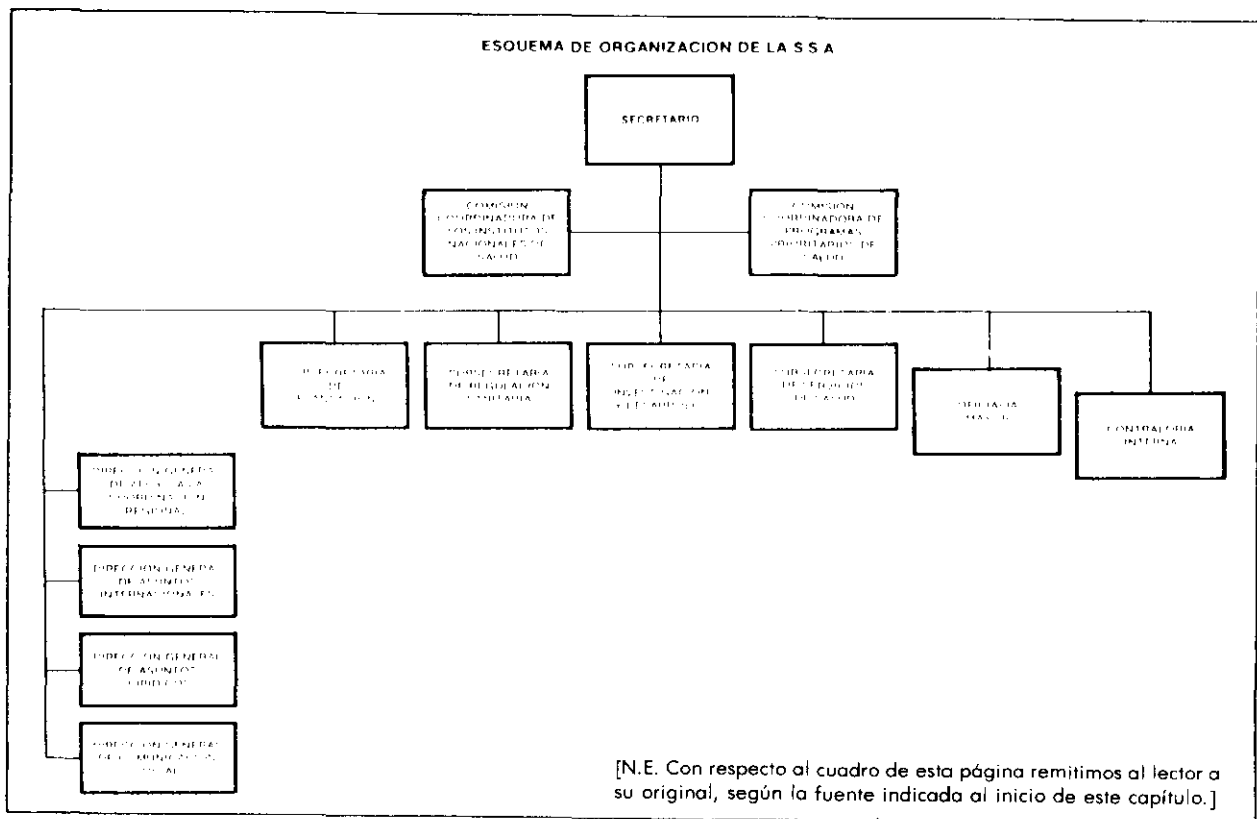
como área de regulación, en tanto que se redujo el tramo de control del titular a 3 unidades (figura 11).

En la segunda se reestructura el sistema de operación regional para que los Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados se consoliden como órganos administrativos desconcentrados con autonomía técnica; la Dirección General de Servicios Coordinados su transforme en unidad de enlace y la Dirección General de Salud Pública del Distrito Federal se convierta en un órgano desconcentrado hasta que no se descentralicen los servicios de salud a esa entidad federativa y se integren con los que presta el DDF.

En la tercera se realizará y compactará la estructura de las Subsecretarías sustantivas (de Salubridad y de Asistencia).

La organización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se encuentra en etapa de revisión y modificación a fin de cumplir su cometido. El avance actual se encuentra plasmado en el nuevo Reglamento Interior. El proceso de reestructuración llevará a que las unidades centrales sean de planeación, normatividad, control y evaluación y las regionales sean de operación, bajo el poder jerárquico de los gobernadores en lo operativo. Así pues, se inicia un proceso dinámico de organización sectorial, que en buena medida representa el trabajo fundamental para los próximos cinco años, de servicio y la Subsecretaría de Planeación, en tanto que se redujo el tramo de control del titular.

FIGURA 11



La segunda y tercera etapas, realizadas entre diciembre de 1983 y junio de 1984, racionalizaron en dos etapas estrechamente vinculadas de: a) prestación de servicios de salud, b) epidemiología y c) regulación sanitaria, así como de operación regional y de la coordinación de este (dependientes de las Subsecretarías de Salubridad y Asistencia y de las Direcciones Generales de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y de Salud Pública en el Distrito Federal).

El 1.º de junio del año actual, el Jefe del Ejecutivo Federal, una vez emitido por la Secretaría de Programación y Presupuesto el dictamen respectivo, aprobó la nueva estructura de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Por esta reorganización, desaparecen las viejas Subsecretarías de Salubridad y Asistencia acabándose así una dicotomía administrativa y técnica inconveniente legada por la fusión de la Secretaría de Asistencia y del Departamento de Salubridad en 1943.

La supervivencia de esa dicotomía introducía una separación artificialmente entre la atención al medio y la atención al hombre, cuyos efectos perniciosos se agravaban ante la estrategia de dar énfasis al primer nivel de atención.

En reemplazo a esas Subsecretarías, se crearon las siguientes Subsecretarías:

- **De Investigación y Desarrollo**, formada por las Direcciones Generales de Educación para la Salud. Enseñanza para la Salud. Investigación de los Efectos del Ambiente en la Salud. Investigación y la Escuela de Salud Pública. Esa área será la encargada de dar impulsos a los cambios cualitativos de la salud el profesional y técnico de la salud que se requiere, los cambios científicos y tecnológicos y la racionalización de los estilos y patrones de conducta en la salud.
- **De Servicio de Salud**, formada por las Direcciones Generales de Epidemiología, Medicina Preventiva, Planificación Familiar, Regulaciones de los Servicios de Salud y la Gerencia General de Biológicos y Reactivos.

Esa área elaborará el programa de los servicios de salud (tanto para la atención del hombre como del medio), las normas técnicas a las que éstos se sujetarán y supervisará su cumplimiento.

- **De Regulación Sanitaria**, formada por las Direcciones Generales de: Control Sanitario de Bienes y Servicios, Control de Insumos para la Salud, Control de Salud Ambiental y Ocupacional y de Inspección y Licencias Sanitarias.

El ámbito de competencia de esta Subsecretaría tiene tres vertientes 1.a.) opera aquello que no está reservado a las entidades federativas o a los municipios, 2.a.) supervisa de manera general el cumplimiento de la Ley en materia sanitaria, y 3.a.) formula las normas técnicas aplicables a las distintas formas de control sanitario.

La evolución estructural dada por la modernización administrativa ha permitido reducir el número de unidades

administrativas de 46, en noviembre de 1982 a 28, en junio de 1984.

El nuevo modelo administrativo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia tiene como aspectos salientes los siguientes: a las unidades centrales de la Secretaría corresponderá actuar como instancia de planeación en salud en tanto que la operación de los servicios estará confiada a las entidades paraestatales federales y a los órganos regionales (en la actualidad de Servicios Coordinados de Salud Pública) cuya naturaleza jurídico-administrativa final aún no se ha decidido.

Las facultades que retendrán las unidades centrales serán las siguientes:

- Elaborar el programa-presupuesto nacional de salud tanto el anual como el de mediano plazo el institucional y el del sector.
- Fijar las normas técnicas a las que se sujetarán los servicios de salud y vigilar su cumplimiento.
- Realizar la evaluación nacional de la operación, y
- Coordinar el Sistema Nacional de Salud, incluye al Sector Salud.

Interrelaciones orgánicas

La estructura de una organización depende de diversos factores fundamentalmente cabe anotar entre ellos el objetivo de la organización, las circunstancias del entorno, el modo de mando del responsable de la organización, la característica de los funcionarios de primer nivel que dependen del responsable, la capacidad de interacción entre ellos.

Cabe admitir que no existe un modelo de organización aplicable a los diversos objetivos y funciones, a los diversos entornos y a los diversos estilos de mando.

No obstante deben prevalecer ciertas premisas.

- Hay un cometido asignado a la organización, esto es su responsabilidad esencial.
- Para ser eficaz, efectivo y eficiente en el desempeño de esa responsabilidad se requiere organizar el trabajo en subsistemas, diferenciando lo sustantivo de lo apoyado.
- La organización en subsistemas implica deslindes claros de objetivos y funciones, su espíritu de trabajo es la complementariedad, la interacción positiva y la coordinación efectiva.

Para el cumplimiento del cometido de la Secretaría de Salubridad y Asistencia además de la organización del trabajo en las cinco grandes áreas de las subsecretarías, la Oficialía Mayor y la Contraloría interna se han incorporado a diversos cuerpos colegiados en el Reglamento Interior a fin de formalizar las interrelaciones entre distintas unidades de la Secretaría para el desahogo de temas de carácter permanente y para la adecuada toma de decisiones (Tabla 3). También formularán, instrumentarán y evaluarán ac-

TABLA 3. CUERPOS COLEGIADOS DE LA SSA

COMISIONES

- INTERNA DE ADMINISTRACION Y PROGRAMACION
- COORDINADORA DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
- DE DESCENTRALIZACION Y DESCONCENTRACION
- COORDINADORA DE PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD

COMITES

- DE CAPACITACION DE RECURSOS HUMANOS
- DE COMPRAS
- DE LEGISLACION EN MATERIA DE SALUD
- DE OBRAS PUBLICAS MANTENIMIENTO CONSERVACION Y ARRENDAMIENTO
- DE PROGRAMACION — PRESUPUESTACION
- DE SIMPLIFICACION DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
- DEL SISTEMA INTEGRAL DE CONTROL
- TÉCNICO CONSULTIVO DE NORMAS JURIDICAS DEL SECTOR SALUD
- INTERNOS PARA EL CUADRO BASICO DE INSUMOS DEL SECTOR SALUD
- DE MEDICAMENTOS DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO DE MATERIAL DE CURACION Y MATERIAL DE INFORMACION CIENTIFICA

ciones tendientes a la modernización administrativa, afines a su competencia.

Las labores conjuntas pero no duplicativas de las unidades administrativas y de los cuerpos colegiados harán posible alcanzar los objetivos del Programa de Modernización Administrativa.

Perspectivas

Se ha avanzado en la consolidación del fundamento de los cambios estructurales necesarios para que la Secretaría sea efectiva en sus funciones y que lleven a condiciones idóneas en la organización. Sin embargo en lo hasta aquí expuesto no se hace mención, al menos explícitamente, de la segunda vertiente que debe contener

el Programa que se refiere a las aspiraciones y condiciones idóneas para el trabajo del hombre. En los próximos años, parecería que habrá que enfatizar el esfuerzo de modernización a fin de incrementar la productividad, la efectividad de las acciones de salud y la eficiencia en el manejo de los recursos, por ejemplo, a través de:

- Racionalizar el uso de la captación física instalada mediante un mayor aprovechamiento de la infraestructura existente a nivel sectorial ordenando su operación por niveles escalonados y regionalizados y prefiriendo la construcción de nuevas unidades a las áreas que carezcan de ellas.
- Consolidar el poder de compra de las instituciones que conforman el sector salud para fomentar el desarrollo

de la industria de insumos para el sector salud y mantener los costos a los niveles mínimos factibles.

- Procurar una disponibilidad mayor de recursos para la atención de la población no amparada por la seguridad social, a través del gasto público destinado a este sector prioritario, de la diversificación de fuentes de financiamiento, de la transferencia, vía servicios gratuitos y

subrogados que puedan aportar las instituciones de seguridad social, y de las contribuciones con que puedan participar los sectores privado y social.

- Entrar en la etapa operativa para racionalizar las estructuras, sistemas y procedimientos administrativos adecuándolos al desarrollo y conformación del Sistema Nacional de Salud.