

El proceso de integración de los servicios de salud

I. LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS

JOSÉ LAGUNA *

El compromiso fundamental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a impulsar la constitución de un sistema nacional de salud; su responsabilidad, como cabeza del sector es, en primer término, formular un programa sectorial con el concurso del IMSS, el ISSSTE y el DIF para lograr que todos los mexicanos puedan acceder a servicios de mejor calidad y aspirar a más altos niveles de bienestar. Ya se dio el paso inicial que consistió en la definición de los principales objetivos en materia de salud: hacer accesibles los servicios a toda la población, reforzar las acciones preventivas,

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 9 de febrero de 1983.

* Académico titular. Subsecretario de Asistencia, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

contribuir al desarrollo demográfico equilibrado, apoyar a la población desprotegida o incapacitada, mejorar las condiciones del medio ambiente y desarrollar los recursos humanos que participan en la prestación de los servicios.

La Coordinación de los Servicios de Salud, durante el tiempo de su gestión, que concluyó el día último de noviembre del año pasado, estudió diversos aspectos de la situación de la salud del país, tratando de identificar los principales problemas, darles dimensiones más precisas, jerarquizarlos en cuanto a su importancia y proponer soluciones realistas y factibles para resolverlos. De dichos estudios se derivó un listado de los principales programas prioritarios, estructurados con el fin de cumplir con los objetivos y las metas del Sector Salud. Todos estos programas se basan en la existencia de un modelo de atención a la salud que sirva de punto de referencia para el desarrollo de

los servicios aplicativos. El modelo propuesto se deriva, de hecho, de ideas y esfuerzos realizados tanto en nuestro país como en otras naciones; dentro de los esquemas de la seguridad social se han logrado considerables avances; por otra parte, en los servicios a población abierta no se ha conseguido consolidar un esquema que se ajuste conceptualmente al modelo de atención sugerido. Este modelo se basa en la atención en tres niveles; en el escalonamiento y la regionalización de los servicios; en la aplicación de los esfuerzos a la solución de los problemas de mayor magnitud, trascendencia y vulnerabilidad; en la administración descentralizada, en la visión integral de la salud y en la participación de la comunidad para la solución de sus problemas.

Entre los programas prioritarios definidos, que se consideran la base de los planes sectoriales, destacan los que siguen.

1. Organización y fortalecimiento de los Institutos Nacionales de Salud

Para la atención y el control de los problemas prioritarios de salud se deben impulsar las investigaciones básicas, aplicadas y tecnológicas en instituciones dedicadas a esta tarea; además, es indispensable contar con mecanismos para la formación de personal de alto nivel y facilidades para otorgar servicios adecuados. El grupo inicial de los Institutos Nacionales de Salud estará integrado por los de Nutrición, Cardiología, Neurología y Neurocirugía, Cancerología y Psiquiatría y por el Hospital Infantil de México. En el futuro se podrían incorporar el de Pediatría, el de Perinatología y más adelante crear los de Infectología y Rehabilitación, entre los más importantes.

2. Diagnóstico de salud del país

El diagnóstico de salud del país se considera como un instrumento que facilite la toma de decisiones en materia de planeación, operación y control de los programas del sector. Al través de su uso se podrá realizar asimismo, la evaluación constante de las políticas y estrategias del Sector Salud.

El diagnóstico sectorial se sustentará en el desarrollo de los siguientes tres subprogramas:

a) El sistema nacional de información del Sector Salud para el registro continuo de las estadísticas de mortalidad, morbilidad, hechos vitales, datos de invalidez, cobertura, recursos y servicios.

b) La red nacional de laboratorios de salud pública que permitirá apoyar los datos de morbilidad y mortalidad y hacer el diagnóstico correcto de los problemas de salud, así como evaluar las actividades de control.

c) El sistema de encuestas de salud, especialmente de morbilidad y nutrición y de uso y demanda de servicios.

3. Control sanitario

El control de la contaminación no ha progresado de manera adecuada, por la frecuente existencia de duplicaciones y desagregaciones, escasa racionalidad de los programas y falta de una acción coordinadora, aunados a factores de deshonestidad y a la falta de una conciencia y participación popular sobre el significado de una buena calidad sanitaria de los alimentos y bebidas.

Los subprogramas específicos que deben recibir mayor impulso se refieren al control de:

a) Alimentos y bebidas, incluyendo la inspección de rastros, frigoríficos, plantas procesadoras, transporte, almacenamiento, distribución y expendio.

b) Productos de la pesca en sus aspectos de embarcaciones, industrias transformadoras, empacadoras y otras.

c) Potabilidad del agua.

d) Ingeniería sanitaria.

4. Recursos humanos

En la instalación del Gabinete de Salud, el Presidente de la Madrid expresó que, en los trabajos del sector salud se "tome muy en cuenta la coordinación adecuada con las instituciones educativas... para elaborar concertadamente un programa de recursos humanos para la salud a fin de superar problemas muy importantes, entre los que destacan el número de los profesionales, a veces excesivo, a veces insuficiente, y el perfil de calidad de los mismos. Así como podemos decir, en general, que la calidad de la nación depende de la calidad de su educación, en este campo concreto tendremos que especificar que la calidad de nuestros servicios de salud en mucho dependerá de la calidad de la educación de las profesiones y técnicas médicas para proveer los programas adecuados".

Lo anterior está en concordancia con el programa prioritario de formación de recursos humanos, que implica la colaboración entre las instituciones educativas y las instituciones de salud para, entre otros asuntos:

a) Determinar el número y tipo de recursos humanos necesarios para la operación de los programas.

b) Establecer los perfiles ocupacionales y educativos del personal.

c) Impulsar la formación del personal con enfoques integrales.

d) Garantizar la oportunidad para asegurar el entrenamiento práctico (adiestramiento en servicio).

e) Implantar sistemas efectivos de educación continua.

5. Planificación familiar

Es un programa de gran trascendencia para po-

der alcanzar la meta demográfica fijada de 1 por ciento de crecimiento para el año 2000, a partir del 2.3 por ciento en el año 1982.

El renglón más importante es el de la capacitación de los recursos humanos responsables de la prestación de servicios de planificación familiar; además, se deben impulsar los programas de apoyo fundamentales:

- a) Educación y comunicación, a los responsables de los servicios y a la comunidad en general.
- b) Investigación biomédica para el estudio del desarrollo y la aplicación de los diversos métodos.
- c) Investigación social, para el estudio de las características que determinan la participación de la comunidad.

Para llevar al cabo estos propósitos es indispensable la coordinación de las distintas instituciones al través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en unión con otras secretarías, como las de Programación y Presupuesto, de Educación Pública y la de Gobernación, que coadyuvan al proceso de desarrollo del país.

6. Educación para la salud

Para que los programas institucionales tengan buen éxito es indispensable el concurso de la población, la cual debe estar capacitada para protegerse de los riesgos que ponen en peligro su salud y para desarrollar hábitos que mejoren la calidad de su vida.

Destacan en este programa las siguientes actividades:

- a) Capacitar a la población para utilizar los servicios médicos a los que tiene acceso.
- b) Proporcionar información clara y veraz sobre los problemas de salud.
- c) Capacitar a los trabajadores de los servicios a obtener la máxima colaboración de los usuarios para la solución de los problemas de salud.
- d) Reforzar los programas de educación para la salud, tanto de la modalidad escolar como de la extraescolar.

7. Participación del sector privado en el Sistema Nacional de Salud

En nuestro país el personal médico y paramédico privado no ha tenido una participación ordenada ni activa dentro de la planificación del desarrollo del Sector Salud. En vista de que se trata de un recurso de gran importancia para la atención médica, la Secretaría de Salubridad y Asistencia realizará las siguientes acciones:

- a) Hacer un inventario de los recursos existentes.
- b) Examinar el marco jurídico aplicable a esta materia.
- c) Diseñar un sistema de acreditación de hospi-

tales y de empresas de servicios de salud, a fin de mejorar la calidad de la atención impartida.

d) Planificar los servicios de salud incluyendo la participación del sector privado, de acuerdo con las necesidades regionales o locales.

e) Promover la participación de las industrias privadas relacionadas con el Sector Salud, como la quimicofarmacéutica, y la de fabricación de muebles y equipos médicos.

8. Regulación y control de la transferencia y el uso de las innovaciones tecnológicas en medicina

La constante aparición de diversas y complejas innovaciones tecnológicas representan un serio problema económico y de operación de los servicios; hasta la fecha, este asunto no ha sido motivo de ninguna acción reguladora o de control. Como el progreso de la atención médica puede depender de la aplicación de políticas específicas con respecto al desempeño de los servicios en función del uso del equipo médico, se propone la implantación de un programa basado en el establecimiento de un organismo de coordinación y control con las siguientes funciones:

a) Impulsar la coordinación entre las dependencias gubernamentales y las empresas que desarrollan, fabrican y comercializan equipo de alta complejidad.

b) Conformar un marco legal, al través de la revisión de las normas existentes en México y de la creación de otras, acordes a las necesidades futuras.

De este modo se podrán realizar, entre otras acciones de control de calidad, vigilancia de procedimientos de conservación o reparación, control de la introducción de equipo al mercado, elaboración de normas sobre adquisición y uso del equipo.

La puesta en práctica de los anteriores programas, que no constituyen, evidentemente, una lista completa de todas las posibilidades actuales o futuras, requiere el concurso de una política de coordinación interinstitucional y la implantación de estrategias que permitan resolver los problemas nacionales que rebasan límites institucionales o de grupos sociales. Entre ellas se pueden citar las siguientes:

1. Refuerzo de la atención primaria de la salud por medio de módulos de medicina general familiar estructurados para servir varios cientos de familias.
2. Fortalecimiento de las acciones hacia la madre y el niño, al través de la evaluación y la vigilancia permanente de su estado de salud.
3. Control de las enfermedades prevenibles por vacunación que implica, fundamentalmente, la definición de áreas de responsabilidad.
4. Prevención y tratamiento de las enfermedades intestinales y respiratorias en lo que des-

tacon asuntos de educación para la salud y de adiestramiento de personal.

5. Prevención y control de las enfermedades crónico-degenerativas, con los diversos aspectos de conducta y estilo de vida de los individuos.
6. Refuerzo y, si es necesario, reglamentación de todo lo referente a la atención de cualquier tipo de urgencia en materia médica, que deberá basarse en una adecuada regionalización para la referencia de los casos.
7. Participación de los trabajadores de la industria, de los campesinos o artesanales en la ejecución de los programas sea en su sitio de trabajo o en el hogar mismo.
8. Organización y desarrollo de la comunidad, al través de informar y capacitar a sus miembros, utilizar los recursos locales e identificar a los líderes de la comunidad para que presen el apoyo respectivo.

Al través de estos programas y estrategias es como se puede responder al reto planteado a la actual administración, de organizar un Sistema Nacional de Salud que dé cobertura adecuada a todos los mexicanos.

II. CARACTERISTICAS SOBRESALIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO

ANDRÉS G. DE WIT-GREENE *

Nuestro actual sistema de salud, en la práctica, nació con la Revolución Mexicana y el consiguiente reconocimiento del derecho del pueblo a la salud. Hasta ese momento rige un concepto sobre la medicina limitado a la relación médico-paciente y en el cual interviene el Estado de una manera complementaria, al través de la Beneficencia.

A partir de 1917 se perfila y desarrolla el derecho del pueblo a la atención asistencial, con una obligación correlativa por parte del Estado. Esta función alcanza una importancia creciente, enfatizada por el apoyo institucional que se le brinda.

Así surgen los departamentos de Salubridad Pública y de Asistencia Social Infantil. Es reestructurado el Consejo de Salubridad General y se inician las campañas contra la fiebre amarilla y el paludismo. La creación, en 1937, de la Secretaría de Asistencia Pública resulta congruente con la importancia que el estado otorga a estas funciones.

En una etapa posterior, el quehacer del Sector Salud excede las funciones asistenciales para in-

corporar aspectos vinculados a la situación económica y social de la población, principalmente referidos a condiciones de trabajo, prestaciones sociales y nutrición.

Por un lado, la fusión de la Secretaría de Asistencia con el Departamento de Salubridad, en 1943, da lugar a la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Por otro, la consolidación de una significativa y consciente clase trabajadora, con crecientes niveles organizativos y las necesidades nacionales de mantener y mejorar sus condiciones productivas mediante un adecuado bienestar —el cual imprescindiblemente incluye a la salud—, generan, en 1943, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En iguales términos hay que entender los logros médicos y sociales en los Ferrocarriles Nacionales, Petróleos Mexicanos, Comisión Federal de Electricidad y otros, ellos responden a una sucesión de situaciones sociopolíticas diferentes.

La Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro (1925) y posteriormente el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 1960), fueron consecuencia lógica del desarrollo y culminación de las luchas continuas de una clase regulada por un estatuto jurídico *ad hoc*, que a su vez, propició más tarde la creación de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.

Con base en esta somera descripción histórica apreciamos que la evolución del sistema de salud en México ha dado lugar a la existencia de una diversificación institucional y programática en materia de salud, como una consecuencia inevitable del desarrollo socioeconómico de la República, de su progreso, el cual, en los últimos años, se manifestó en forma acelerada.

Pero este mismo proceso, que en pocos años nos ha transformado de un país rural en urbano, de nación agrícola en crecientemente industrializada, produce necesidades y demandas para todas las áreas de la administración, obliga asimismo a desarrollar una visión crítica y a prever el futuro, para no desfasar el área de la salud pública del desarrollo integral del país.

Se pueden agrupar los aspectos más importantes que corresponden a esta visión crítica, en tres grandes perfiles: el epidemiológico, el operacional y el financiero.

El perfil epidemiológico

*La situación en México como país en despegue, donde alternan los elementos tecnológicos más avanzados y en consecuencia el *modus vivendi* característico de las comunidades industriales, con los contradictorios elementos del anterior país agrario, da lugar a que la situación de salud de nuestra nación tenga un perfil particular: la población mexicana padece problemas de salud propios de los pueblos más avanzados, sin haber resuelto aún los problemas derivados del subdesarrollo.*

Así, cuando se analizan las estadísticas más re-

* Subdirector General Médico. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

cientes de mortalidad, se aprecia que las enfermedades infecciosas y los problemas nutricionales, herencia del subdesarrollo, compiten en orden de importancia con las causas conductuales y degenerativas, tal como es característico en los países industriales.

Subsisten factores condicionantes que mantienen este perfil epidemiológico. Entre ellos destacan los aspectos deficitarios del medio ambiente, una situación económico-social que en 1980 se caracterizó por una tasa de dependencia de 87 por ciento y una subocupación cercana a 40 por ciento de la población económicamente activa, y un crecimiento demográfico que si bien disminuyó en los últimos cinco años, continua siendo de los más elevados del mundo y constituye, a juicio nuestro, la contradicción principal del México moderno.

El perfil operacional

Está caracterizado fundamentalmente por la dispersión de esfuerzos institucionales, superposición de recursos, el alto costo de las prestaciones, la presión de una demanda creciente, la desigualdad en el acceso y aprovechamiento de los servicios, así como la falta de una cobertura total para la población.

En el plano del ejercicio profesional se aprecia una creciente despersonalización y deshumanización en la atención médica, propias de la actual crisis de la medicina contemporánea institucional. Ellas obligan a buscar y encontrar un camino más adecuado para la renovación del quehacer médico en nuestra sociedad.

Otro punto importante, en este caso para el proceso de planeación sectorial, de cuyos efectos a su vez derivará la eficiencia o ineficiencia en las acciones del Sistema de Salud, lo constituye la carencia de un sistema único de información, así como programas, normas, técnicas y procedimientos similares entre las instituciones del Sector. En relación con este tema debe mencionarse el vacío de autoridad que se registró en los últimos años, por la indefinición de las acciones de salud, en parte consecuencia de la progresiva declinación del papel rector que correspondía desempeñar a la SSA, lo cual permitió que cada institución se desarrollara y actuara de acuerdo a criterios propios, más allá de bien intencionados esfuerzos de coordinación.

El perfil financiero

El gasto público en salud, como porcentaje del producto interno bruto (PIB), para 1982, fue de 1.4 por ciento y en relación al presupuesto del Sector Público, de 3.8 por ciento. Estos mismos conceptos, a nivel internacional, registran un promedio de 4.6 y de 17.1 por ciento, respectivamente. Tales porcentajes demuestran que México, en relación con otros países, estuvo por debajo en lo que se refiere a la asignación de recursos a la salud.

Empero, si quisiéramos erogar para el total de la población mexicana lo que se hace en términos internacionales, el gasto público en salud como porcentaje del PIB, debería ser superior al 4 por ciento, lo que no es factible por el momento.

Un problema aún más grave que la escasez de recursos financieros lo constituye la distribución programática de los mismos. Esta distribución, en relación a los cuatro conjuntos programáticos básicos se caracteriza por que del total del gasto público en salud, a la atención médica se asigna 78 por ciento; al mejoramiento ambiental, 3 por ciento y a la asistencia social el 1.5 por ciento, en tanto que los servicios administrativos consumen más del 17 por ciento.

El monto del financiamiento del sector es una decisión difícil de tomar. No existe fórmula única que permita asignar con exactitud los recursos necesarios en general y a cada uno de los programas en particular. Pero se antoja que sería más congruente una redistribución orientada a desacelerar el porcentaje destinado a la atención curativa e incrementar los correspondientes a las acciones de fomento y mejoramiento del ambiente, prevención y asistencia social, hasta llegar a un equilibrio racional.

Existen varias metodologías que obligadamente hay que conciliar entre sí para obtener buenos resultados. Es necesario equilibrar los conceptos referidos a la participación del Sector Salud en el Plan Nacional de Desarrollo, el análisis del costo-beneficio, del costo-efectividad y de la demanda de los usuarios. Además de estas cuatro metodologías, un adecuado financiamiento sectorial exige determinar las necesidades mínimas y los problemas prioritarios de salud de la población, tomando en cuenta aspectos relativos a la magnitud y vulnerabilidad de los problemas y al impacto y costo de los programas, con el objeto de orientar el financiamiento de una manera sana e inteligente.

A este panorama del Sector Salud de México, se debe sumar una circunstancia que reviste carácter internacional: el desmedido incremento en los costos de la atención médica.

Todos estos problemas —epidemiológicos, operacionales y financieros— que experimenta el Sector Salud no son nuevos ni desconocidos ni, por supuesto, fáciles de resolver.

Para otorgar adecuados servicios a toda la población se requiere en la actualidad transformar el tipo de atención médica, esforzándose en realizar más acciones con los recursos existentes, coordinando las instituciones que las brindan, en forma estricta y operativamente eficaz.

La coordinación ha sido del interés del Estado Mexicano desde hace más de 100 años. Esta inquietud comienza a dar resultados con la creación, en 1935, de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y Territorios. Los primeros intentos interinstitucionales nacen el 2 de marzo de 1965, cuando el Ejecutivo Federal crea la Comisión Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social. Pero la coordinación no se puede improvisar ni florece al conjuro de un decreto. De hecho, las metas alcanza-

das al respecto en los últimos 17 años distan de ser satisfactorias.

Esto se explica por diversas razones:

a) Carencia de una auténtica decisión política: en efecto, el decreto es prematuro: atiende a una recomendación de organismos internacionales de salud, más que a una sentida necesidad de coordinar los servicios.

b) Carencia de una actitud favorable por parte de los funcionarios responsables de instrumentarla.

c) Celos interinstitucionales.

d) Ausencia de elementos organizativos y normadores que permitieran concretar, en términos operativos, al mencionado decreto.

e) Por último, diferentes interpretaciones que se le han dado entre los funcionarios del Sector Salud.

La Organización Mundial de la Salud tradicionalmente ha considerado a la coordinación como una primera etapa capaz de conducir a la integración de todos los servicios dispersos en diferentes ámbitos administrativos. Se acepta que esta consiste en la "ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles en las distintas instituciones para la prestación de servicios de salud". Comprenderemos que el sustrato necesario para que la coordinación sea posible, será la elaboración de un Sistema Nacional de Salud, en el que se integre la mayor parte de los recursos institucionales, con el objeto de mejorar la calidad de las prestaciones y de extender la cobertura, sin incrementar los costos de las prestaciones.

El 24 de agosto de 1981, al crearse la Coordinación de Servicios de Salud, se perfilaron la decisión política y el correspondiente marco jurídico para la integración del Sector.

A partir del momento histórico en que se integra la Coordinación se fortalece una esperanza largamente anhelada por el pueblo de México y compartida por muchos trabajadores del Sector. Además, los actuales responsables sectoriales estamos ya conscientes de la imperiosa necesidad de coordinar los recursos y su correspondiente operación a nivel nacional.

Debe destacarse que con los procesos de integración de los servicios médicos de la Secretaría de Educación Pública y los del nivel primario del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, así como los de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, al ISSSTE, en 1982, y bajo los auspicios de la Coordinación de Servicios de Salud, se inició una nueva etapa en la historia de la salud pública en México.

Por último, el decreto de sectorización de las instituciones de salud y las reformas legales al con-instituciones de salud y las reformas legales al Comen-tos que, a manera de colofón, podrán contribuir a la integración programática del Sector y aprovechar todas las posibilidades coyunturales que pueden irse dando en el futuro, con miras a su integración estructural u orgánica.

Esperamos confiadamente que estos procesos

culminen con la creación de un auténtico Sistema Nacional de Salud, capaz de dar respuesta a las demandas de la población y al desarrollo del México contemporáneo.

III. COMENTARIO

MIGUEL E. BUSTAMANTE *

Constituye un acontecimiento de extraordinaria significación para los Miembros de la Academia Nacional de Medicina, para los profesionales de la salud y para la población en general, conocer el proceso seguido para la integración de los servicios de salud en México; su apoyo en la Constitución, que ahora consagra el derecho de todo mexicano a la protección de su salud; el establecimiento del Servicio Nacional de Salud; y la instalación del Gabinete del Sector Salud del Poder Ejecutivo Federal, hecha por el Presidente de la República, licenciado Miguel de la Madrid el 5 de enero de 1983.

Es claro el propósito de contar con una estructuración coherente, armónica, flexible y eficaz de tales servicios, a fin de proteger, defender, restaurar y fomentar la salud de todos los mexicanos, sin distinción alguna, en todo el territorio nacional, alcanzando con sus beneficios a quienes habitan en los lugares más remotos.

Ya era necesario emprender la tarea para alcanzar esta meta. Desde hace varias décadas ha sido motivo de preocupación y de esfuerzos aislados, por parte de algunos médicos, sanitarios, sociólogos y politólogos, el observar la creación de una serie de útiles entidades administradoras en el campo de la salud, que si bien en la actualidad comparten "una viva vocación de coordinación", en ocasiones se presentan con tendencia a la dispersión y a la duplicidad de acciones.

La tarea mencionada consistió, en su primera parte dentro de la planeación gubernamental, en un estudio metodológico de investigación técnica, administrativa y científica, llevado al cabo por el Doctor Guillermo Soberón, como coordinador y un grupo de colaboradores.

Analizaron el estado de la salud del país, las necesidades de recursos humanos, los elementos existentes y en operación, los éxitos y los fracasos, la legislación vigente, y las opciones derivadas del conocimiento adquirido para encontrar y proponer la solución.

* Académico honorario.

El completo, extenso y documentado estudio se concretó en un *Proyecto para la integración de los servicios de salud de la República Mexicana*, acompañado de veintinueve anexos sobre subtemas específicos y orientado el todo hacia un Sistema Nacional de Salud.

Debe enfatizarse que el logro de importantes adelantos en varias etapas del proceso de integración de los servicios de salud, obtenido en corto tiempo, es un resultado del cuidadoso estudio previo, de la organización requerida y de la prudente constancia recomendada para realizar la difícil, pero indispensable integración.

A la Secretaría de Salubridad y Asistencia corresponde la responsabilidad de coordinar y desdoblarse, sin perder su autoridad constitucional, y la expresada en el Código Sanitario y las demás leyes, en la integración armónica del Sector Salud.

Han quedado explicadas las características sobresalientes de los servicios de salud, en relación con el proceso de integración. Problemas cambiantes por su propia naturaleza biológica, epidemiológica y social y por la evolución de la ciencia, la técnica y la administración en el desarrollo de la República.

Según la Ley de Planeación del Gobierno Federal, la sectorización debe guiarse, en la práctica, por una doble idea rectora: "La coordinación de la actividad administrativa, para así cumplir con los cometidos públicos y, al mismo tiempo, la preservación de la autonomía paraestatal, que asegure la flexibilidad y eficiencia de la operación de las entidades descentralizadas", en palabras del secretario de Salubridad y Asistencia, doctor Guillermo Soberón, expresadas durante la ceremonia de instalación del Gabinete del Sector Salud.

El Sector Salud está formado, en cuanto a la ejecución de medidas encaminadas directamente a la prevención de la enfermedad, a la curación, a la rehabilitación, a la investigación y a la educación del personal por parte 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 y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), integrado al Sector Salud por Acuerdo Presidencial del 20 de diciembre de 1982. En el Gabinete de Salud son miembros, además de los titulares de las cuatro dependencias citadas, el de Programación y Presupuesto y el de la Contraloría de la Federación.

Esto nos lleva a recalcar la estrecha relación económica entre la salud de la población y su estado económico y social. Cuando los habitantes son sanos constituyen la mayor riqueza de la Nación. La enfermedad, en cambio, aumenta el costo de los servicios, agravado por el desperdicio de recursos y la subutilización de los mismos.

Puesto que la salud es indivisible y la agresión patológica está ligada a las condiciones ecológicas y sociales del conjunto, los programas viejos y nuevos de tipo sanitario han repercutido favorablemente para todas las instituciones que ahora pertenecen al Sector Salud.

Así, por ejemplo, los programas para el dominio de las enfermedades evitables, empezaron por el de las transmisibles. En 1923 se logró la erradicación de la fiebre amarilla urbana y el de la viruela en 1952; el control casi total del tifo epidémico en 1963; el paludismo ha sido controlado, ya que no causa muertes, pero es amenazante.

Actuaron solidariamente la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para abatir la difteria de la que no se registró ningún caso en 1982, el sarampión, la poliomielitis, la tosferina, el tétanos, males para los cuales hay recursos de inmunización. La tuberculosis está siendo reducida.

En el cuadro modificado de la mortalidad, las enfermedades del corazón, ciertas causas de mortalidad perinatal, los tumores malignos y las muertes violentas, ocupan entre las primeras diez causas, el lugar que otrora tenían las enfermedades endemo-epidémicas.

La amenaza de la patología infecciosa, muy grave en la primera mitad del siglo, todavía es seria por la persistencia de las enfermedades del aparato respiratorio y del digestivo, enlazadas ambas a la falta de educación higiénica; haciendo evidente que el derecho a la protección de la salud y a su disfrute, tiene como corolario cuidar y proteger la propia salud. Todos estamos obligados a poner en práctica las medidas de higiene y a utilizar los conocimientos y los procedimientos existentes para prevenir la enfermedad. Será indispensable, por lo tanto, educar y enseñar al pueblo cómo, cuándo y en qué forma evitará la enfermedad y conservará la salud.

La consolidación económica de los sistemas de seguridad social depende, en gran parte, de la salud del asegurado y de la de sus familiares que se mueven y viven en medio de la población general, o sea que dependen, en conjunto del estado de la salud pública.

Antes de que se llegara a la trascendente iniciación de la operación del Sistema Nacional de Salud, en 1969 dijimos: "Por muchos años seguirá siendo demasiado caro y difícil proporcionar servicios de seguridad social a toda la población, incluyendo definitivamente a la campesina, mientras la desnutrición, la habitación antihigiénica y la ignorancia, mantengan alta la prevalencia de enfermedades evitables y sea incalculable el número de enfermos que atender, sea larga la duración de los padecimientos y la incapacidad resultante, que harán imposible el equilibrio financiero". "El mejor auxiliar de la salubridad, de la asistencia y de la seguridad social y al mismo tiempo el acto más promisorio de buenos resultados mediante la acción conjunta, es la medicina preventiva". "Un menor número de enfermos reducirá la asistencia médica, el cuidado de los pacientes será mejor, su permanencia en el hospital o la duración del tratamiento ambulatorio se reducirán y se utilizarán más adecuadamente los equipos disponibles".

Complace ahora que, ante la necesidad de aten-

der la salud de la totalidad de los habitantes de la Nación, se establezca el Sistema Nacional de Salud, conformado en un "Conjunto armónico y coordinado de todas las instituciones y entidades que prestan servicios de salud; cuya coherencia y unidad dependen de los programas que se realicen tanto en materia de integración funcional, como de los que se obtengan a consecuencia de la implantación de esquemas de integración orgánica".

La integración de la atención médica y de la asistencia social se ha iniciado formalmente, toda vez que la salubridad es de la competencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y si alguna otra entidad federal practica acciones de esa naturaleza, tendrá que coordinarlas la dependencia cabeza del Sector, según el artículo 12 del Código Sanitario, ya que dicha secretaría de estado "tendrá a su cargo la responsabilidad de que las dependencias del Ejecutivo y los demás organismos del sector público federal, coordinen sus actividades en materia de salubridad general, a efecto de establecer el Sistema Nacional de Salud y obtener la óptima utilización de los recursos disponibles para esas actividades".

Para enlazar el Sistema con los Servicios de Salud de los Estados y de los municipios, el artículo 13 del Código Sanitario expresa que: "con el propósito de coordinar las actividades sanitarias que realizan las dependencias y entidades federales, las estatales y las municipales y de aplicar principios, normas técnicas y procedimientos uniformes, la Secretaría de Salubridad y Asistencia podrá celebrar convenios con los gobiernos de los estados y del Distrito Federal para establecer los servicios coordinados de Salud Pública, con la concurrencia del personal sanitario de las entidades participantes y con la cooperación económica de las mismas, así como inscribir instrumentos, dictar disposiciones administrativas y establecer mecanismos que contribuyan al cabal cumplimiento de lo prevenido en el artículo anterior".

Los artículos 12 y 13 del Código Sanitario facilitarán el funcionamiento efectivo del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con su designación y significado, gracias a la desconcentración hacia los estados de los elementos necesarios y a la programación regional y local.

Por otra parte, el artículo 252 de la Ley del Seguro Social expresa que el Secretario de Salubridad y Asistencia y el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social serán siempre Consejeros del Estado, presidiendo éste último el Consejo Técnico, con lo cual conserva el Instituto su autonomía para el manejo de sus propios asuntos. En cuanto a las funciones ejercidas en el área de salud, la sectorización ofrece el componente primordial para la integración funcional que es el mayor avance en el sentido de la coordinación efectiva que se busca.

Hay que recordar que en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el artículo 104 precisa que en la Junta Directiva, compuesta de once miembros, participan el Secretario de Salubridad y Asistencia y el Director General del Instituto.

En esta forma, el Estado ha establecido las bases jurídicas del Sistema Nacional de Salud, ha expresado su filosofía, su decisión y su propósito de extender la cobertura de servicios y mejorar la salud de los mexicanos por el camino de la integración eficiente de todos los esfuerzos.

La ejecución de las acciones concretas corresponderá a los médicos, a las enfermeras, a los sanitarios, a los trabajadores de las diversas categorías y el éxito dependerá de su capacidad profesional y laboral, de su comprensión, honestidad y dedicación al trabajo.

La unidad efectiva de la medicina y la de las ciencias afines a ella, que en la protección de la salud enlaza a las ciencias biológicas, ecológicas y sociales, requiere la cooperación interdisciplinaria de la propia medicina con la biología, la ingeniería sanitaria, la sociología, la antropología social, la jurisprudencia y otras más.

El ejemplo relevante de un programa de salud, difícil pero necesario, científico y humanista, a ser ejecutado sin demora por el Sector Salud, es el de la planeación familiar, con un enfoque unitario y coordinado.

Los médicos, las enfermeras graduadas y las auxiliares, a quienes toca facilitar el desarrollo de los programas, seguramente trabajarán en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en el lugar que les corresponda, sin establecer distinciones por la designación de unas o de otras.

La integración del Sistema Nacional de Salud tiene antecedentes históricos en la Coordinación de los Servicios de Salubridad y de Asistencia en los Estados, por convenios entre autoridades con facultades concurrentes, en las etapas de 1933 y 1934, y en la fusión del Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia, en 1943. Existe tradición de buen trabajo, también, en las antiguas campañas sanitarias, cubriendo ciudades y rancherías en regiones de diversos climas; en condiciones adversas de alojamiento y transporte; en los hospitales rurales, urbanos o de especialidades. Tareas éstas que se realizaron sin interrupción, con alto sentido del deber y de solidaridad humana, en situaciones que ahora se antojan verdaderamente heroicas.

Por la experiencia obtenida en los problemas de jurisdicción, confrontados hace cincuenta años por la coordinación de los servicios de salubridad del Gobierno Federal con los de los estados y los de los municipios, y por la sensatez de los planteamientos en que se sustenta la nueva organización de los servicios de salud, son de esperarse buenos resultados, a corto plazo.

No hay duda que los servicios, ahora en proceso de descentralización y reorganización administrativa y programática, sin pérdida de la función rectora de la autoridad normativa, vigilante y evaluativa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, habrán de garantizar la protección, el cuidado y el fomento de la salud física y mental de todos los habitantes del país. En una perspectiva moderna, con la integración del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo y bienestar de nuestra Patria se verán gradualmente fortalecidos.