

Avances en la consolidación del sistema nacional de salud

I. INTRODUCCION

GUILLERMO SOBERON*

En la primera sesión del año académico de 1982 presentamos el Programa de Acción de la Coordinación de los Servicios de Salud, organismo que tuvo vigencia de agosto de 1981 a noviembre de 1982 y que fue creada con el fin de realizar estudios tendientes a la fundamentación de un Sistema Nacional de Salud. En esa ocasión se introdujeron conceptos de integración programática o funcional y de integración orgánica o estructural de los servicios de salud. Se dió cuenta de la fusión de algunos servicios institucionales y se planteó la necesidad de investigar la operación de los servicios en diferentes entidades federativas.

Así mismo, en la primera sesión correspondiente al año académico de 1983, dimos a conocer propuestas presentadas a la consideración del presidente electo en el mes de octubre de 1982, las que, adicionadas de los elementos recogidos en la consulta popular realizada en la campaña política del Lic. De la Madrid, dieron lugar a iniciativas para modificar la legislación vigente y avanzar con decisión hacia la consolidación del Sistema Nacional de Salud en base a tres estrategias: la sectorización, la descentralización y la modernización de los servicios de salud. Se relató que el derecho a la protección a la salud había sido incluido en el artículo 4o. constitucional y que en ese precepto se recogen tres mandatos fundamentales: que toda persona tenga protección, que se determinen las formas de acceso a los servicios de salud y que se establezca, en una ley reglamentaria, la concurrencia en materia de salubridad general del gobierno federal y los gobiernos de los estados. Así mismo, se modificó la ley orgánica de la administración pública federal para reafirmar el papel de la Secretaría de Salubridad y Asistencia como cabeza del sector, indicando que le corresponde coordinar los servicios de salud de todas las instituciones del sector público y para introducir la figura del agrupa-

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 8 de febrero de 1984.

* Académico titular. Secretario de Salubridad y Asistencia.

miento por funciones y programas, a fin de hacer posible la sujeción a los mecanismos sectoriales de las áreas de salud a cargo de las instituciones de seguridad social.

Así mismo, se modificó el código sanitario para ampliar las atribuciones y modificar la composición del Consejo de Salubridad General para hacer posible que este cuerpo colegiado funcione de manera más decisiva en la planeación del Sistema Nacional de Salud; se produjo un nuevo decreto presidencial que da al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, un papel relevante en la operación de la asistencia social y un acuerdo del Presidente para restablecer la Subsecretaría de Planeación, responsable de esta actividad, al interior de la Secretaría y de la coordinación sectorial que le incumbe a la dependencia.

Agradecemos a la Academia Nacional de Medicina la oportunidad que se nos da nuevamente, para que en esta primera sesión del año académico de 1984, se informen de manera sucinta los avances realizados en 1983.

Es así que el Lic. José Francisco Ruíz Massieu, subsecretario de planeación, hablará de lo que se ha hecho en torno a la sectorización, la descentralización y la modernización; el Lic. José Antonio González Fernández, oficial mayor, relatará los aspectos fundamentales de la Ley Federal de Salud aprobada en el pasado periodo legislativo; y el Maestro Bernardo Sepúlveda, secretario del Consejo de Salubridad General, se referirá a la nueva etapa de este importante órgano colegiado.

En todo lo anterior vale la pena destacar la entusiasta participación del IMSS, ISSSTE, DIF y los Institutos Nacionales de Salud.

Lo anterior ha abierto un amplio espacio que debe ser llenado con acciones productivas encaminadas a consolidar el Sistema Nacional de Salud. No obstante, los elementos organizativos tienen que complementarse necesariamente con estrategias para cumplir con los objetivos del Sistema, a saber la ampliación de cobertura y la mejoría en la calidad de los servicios, un desarrollo demográfico armónico, el saneamiento ambiental, la formación de recursos humanos y el desarrollo familiar y comunitario, la modificación de patrones culturales adversos a la salud.

En suma, se requieren mejores y más extensos servicios, considerados éstos como programas, acciones y establecimientos para el cuidado de la salud. Por ello es que el Dr. Héctor Fernández Varela, subsecretario de salubridad, hablará de las áreas fundamentales en la salud pública y el Dr. José Laguna, subsecretario de asistencia, de aspectos relativos a la atención médica. Por último hemos solicitado al Dr. Leobardo Ruíz, director general del Sistema Nacional del Desarrollo Integral de la Familia, que haga un comentario en el que dé a conocer la proyección que ya se da a la asistencia social.

II. AVANCES DE LAS ESTRATEGIAS PRIORITARIAS DEL SECTOR SALUD: MODERNIZACION, DESCENTRALIZACION Y SECTORIZACION. 1983.

JOSE FRANCISCO RUIZ-MASSIEU*

Aspectos conceptuales

La modernización administrativa es una estrategia envolvente; envuelve a la sectorización y a la descentralización, que quedan así en el ámbito de la modernización.

Modernizar o reformar el aparato administrativo es un proceso permanente. Esa tarea de Sísifo y de Penélope, tiende hacia dos objetivos que le dan su jerarquía técnica y política: hacer más racional la Administración, por un lado, y por el otro, asegurar su carácter democrático. Modernizar no es poner a la *moda*, sino poner a *modo*, es decir, es poner la administración en condición de cumplir sus fines, sus cometidos.

La preocupación por la modernización no es cosa nueva en los afanes públicos. Ya el Presidente Juárez, vencido el partido conservador después de tres años de lucha fratricida, declaró lo siguiente en 1861: que "la necesidad de reorganizar la administración pública y de sacar al país del caos en que lo ha sumido la anarquía, reclama medidas prontas, severas, enérgicas, pero que en nada afectan la cuestión política. El gobierno la dictará en el orden económico y administrativo para evitar la disolución social". Dijo Juárez también que puede llamarse a esto "la revolución en la administración, la reforma administrativa que viene a coronar la reforma política y social".

La modernización, tanto en su vertiente técnica (que lleva a la eficacia y la eficiencia) como en la política (que conduce a la democratización) tiene distintos ámbitos en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que paso solo a identificar, lamentando carecer de tiempo para desarrollarlos:

- Simplificar las estructuras, procedimientos y funcionamiento;
- Dar un uso más productivo a los recursos;
- Desarrollar el servicio civil de la salud;
- Renovar la legislación;
- Usar intensivamente la planeación y la computación;
- Racionalizar la regulación;
- Consolidar la sectorización; y
- Llevar a cabo la descentralización.

* Subsecretario de planeación. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Quienes contemplan con recelo la modernización y conocen sus múltiples campos, sólo aparentan verla como una nueva Hidra con muchísimas y a cual más, amenazantes cabezas.

Las obscuridades conceptuales, el manejo ligero de una terminología caudalosa y la anemia teórica, conspiran para que muchos desesperen, al ser incapaces de entender lo que es efectivamente la descentralización.

La descentralización es un proceso que tiene por vocación que las entidades federativas asuman facultades, programas y recursos que han venido recayendo en los poderes federales.

La sectorización es proceso de fina relojería, que debe colocarse tan lejos del feudalismo administrativo de las paraestatales como del imperialismo de las dependencias coordinadoras. Por sectorización debe entenderse el agrupamiento de entidades a fin de que actúen armónicamente bajo la coordinación de una dependencia centralizada (en este caso la SSA) y con un programa básico común (programa sectorial), para así elevar su eficacia y su productividad.

Sólo para connotar la prioridad que se dispensa a la sectorización y a la descentralización, conviene darles independencia y separarlas de la modernización, que las abraza y comprende.

Procedo a hacer el recuento de lo logrado en 1983.

Modernización

La antigüedad, tamaño y rezago del aparato administrativo de la Secretaría, hicieron necesario que la modernización cobrara *prioridad* y que los esfuerzos para llevarla a cabo se integraran en un programa.

Dentro de ese programa, se advierten ya avances concretos que permitirán que en 1984 se logren mayores evoluciones:

- A) Se publicaron en el Diario Oficial, las normas a las que se sujetarán los cambios de estructura de la Secretaría, para que se acomoden al nuevo modelo de esta dependencia y se destierre la intuición administrativa, la natural proclividad a la burocratización y el enfoque orgánico del poder (la ingenua creencia de que se tiene más poder mientras más grande organización se conduzca).
- B) Los titulares de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP) establecieron las bases de colaboración para la modernización 1983-1988, que permitirán que la estructura se vaya adecuando a lo largo del sexenio a los avances que se vayan obteniendo.
- C) Se inició la reestructuración de la dependencia, proceso que se compondrá de tres etapas: en septiembre se racionalizaron las unidades que

dependen directamente del secretario, de la subsecretaría de planeación y de la oficina mayor.

Dentro de esa primera etapa, se extinguieron nueve direcciones generales y se aprobó la estructura de trece que manejan los sistemas de dirección, regulación y apoyo.

En los próximos meses se llevará a cabo la reordenación de los sistemas sustantivos de las subsecretarías de salubridad y asistencia, así como el sistema de operación regional, o sea la Dirección General de Servicios Coordinados y los propios Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados.

En octubre entró en vigor el nuevo reglamento interior que da fundamento jurídico al proceso de reorganización.

- D) Han avanzado los estudios para transformar algunas unidades desconcentradas en entidades paraestatales, a fin de que estén en aptitud de cumplir con mayor eficiencia sus objetivos.
- E) Se llevaron a cabo los ajustes estructurales que suscitaron los cambios de competencia que realizaron las reformas legales de diciembre de 1982. Así se hicieron transferencias de unidades, recursos y programas a la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología y al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Este último se ha convertido en el eje de la asistencia social y en el organismo operativo en ese campo del Sector Salud.

Sectorización

- A) En diciembre de 1982 se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (fracción I del artículo 39), para completar el instrumento de la sectorización con la modalidad de la sectorización programática y funcional. Así, el sector salud está integrado por las entidades paraestatales agrupadas administrativamente, y por los programas y funciones de salud de otras entidades.
- B) El 5 de enero de 1983, se instaló el Gabinete de Salud recayendo su secretariado técnico en una dependencia de la Presidencia de la República (la Dirección General del Secretariado Técnico de Gabinetes).
- C) A fin de contar con mecanismos eficaces para la colaboración entre las dependencias y organismos se crearon los grupos interinstitucionales del sector salud. Los grupos interinstitucionales tienen las siguientes funciones primordiales.
 - Generar elementos para la programación sectorial;
 - Proponer proyectos de normas técnicas;
 - Proponer programas interinstitucionales en materias prioritarias;
 - Propiciar apoyos recíprocos e intercambio de información.

- D) El combate a la descoordinación doméstica del Poder Ejecutivo, que tan dañosa es, avanzó en 1983: se crearon las comisiones de recursos humanos y de investigación, que integran paritariamente los sectores educativo y de salud.
- E) El Consejo de Salubridad General, órgano constitucional instituido en 1917, fue reforzado para convertirse en una instancia de la programación sectorial.
- F) Mediante la colaboración de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial se definieron los lineamientos del programa de fomento de la industria químico-farmacéutica. Ese programa pretende impulsar la autosuficiencia nacional y la racionalización de los consumos y del desarrollo en general de ese importante sector industrial.
- G) En diciembre pasado fue aprobada la Ley General de Salud que define las responsabilidades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia como coordinadora del Sistema Nacional de Salud y, por ende, del sector salud.
- H) Con fundamento en reformas recientes a la Ley de la administración pública federal se han creado los subsectores de asistencia social, que coordina el DIF, y de los institutos nacionales de salud bajo coordinación de una unidad dependiente del señor secretario de Salubridad y Asistencia.

Descentralización

- A) El Presidente de la República ha definido que la descentralización es una estrategia prioritaria para la consolidación del Sistema Nacional de Salud.
La descentralización tiene dos objetivos primordiales: redistribuir las competencias sanitarias para regresar a las entidades federales las facultades que históricamente le fueron tomadas, y establecer sistemas de salud, en los Estados, eficientes, racionales y que permitan abatir incoordinaciones y omisiones.
- B) En el ámbito de la salud, la descentralización es resultado no sólo de acuerdos de coordinación sino también de imperativos legales.
La Ley General de Salud distribuye las competencias con ánimo descentralizador entre la federación y las entidades federales, como ya se ha dicho aquí.
- C) El 30 de agosto de 1983, se expidió el decreto presidencial que establece las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la SSA.
Ese decreto previene lo siguiente:

Los Servicios Coordinados de Salud Pública

serán órganos desconcentrados por región, con autonomía técnica y funciones operativas.

— El Consejo Interno de los Servicios estará presidido por los gobernadores de los estados, y

— La SSA se reestructurará para ajustarse a su nueva vocación de programación, normatividad y control.

Una vez cubierta esa etapa se podrá avanzar en la transferencia de responsabilidades operativas a los gobiernos locales.

- D) Se ha concluido la elaboración del proyecto de decreto presidencial que descentraliza los sistemas de atención a población abierta (IMSS-COPLAMAR y SSA) dentro de un proceso gradual en dos fases: En 1984 los gobernadores de los Estados harán la coordinación programática de los sistemas mencionados, y en 1985 y 1986, se hará entrega de la operación de esos servicios a los gobiernos locales.
- E) Se ha concluido el decreto presidencial que descentraliza los servicios de salud en el Distrito Federal, para que los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los del Departamento del Distrito Federal sean confiados a un organismo público que actuará en la capital del país.

Comentarios finales

Debe subrayarse que las estrategias de modernización, descentralización y sectorización están sujetas a programas que aseguran su carácter gradual, ordenado y susceptible de control y seguimiento.

Se trata de estrategias *instrumentales*; no son un fin en sí mismas, son sólo medios para lograr objetivos sustantivos.

El gran objetivo sustantivo del quehacer en salud es la efectividad del derecho a la protección de la salud, tanto en sus aspectos de cobertura como en cuanto a una calidad básica común de los servicios.

La modernización tiende a dar capacidad a las dependencias y entidades así como a democratizar su funcionamiento; la descentralización busca rescatar el espíritu federal y contribuye a la eficiencia a través de escalas óptimas; la sectorización tiene por propósito que el aparato administrativo se acomode a los grandes programas del Estado.

La modernización no es un ejercicio tecnocrático; la sectorización no es un proceso que pueda cobijar ánimos imperiales; la descentralización tampoco es un proceso ingenuo y efectista de desarticulación de servicios.

Dicho con modestia: se trata sólo de vertientes para el logro de responsabilidades sociales.

III. LA LEY GENERAL DE SALUD

JOSE ANTONIO GONZALEZ-FERNANDEZ*

La Ley General de Salud viene a sustituir al Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, vigente desde 1973, al que deroga expresamente. El nuevo ordenamiento legal fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el siete del presente mes y año, 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.

La Ley General de Salud tiene su fundamento en el párrafo tercero del artículo 4o. de la Constitución Política, adicionado en febrero de 1983, que eleva a rango constitucional y con el carácter de garantía social, el derecho a la protección de la salud.

La disposición mencionada contempla tres aspectos fundamentales:

- A) Garantiza a toda persona el derecho a la protección de la salud;
- B) Ordena que por ley se definan las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud, y
- C) Determina la concurrencia entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Del propio texto constitucional, se desprende, en forma expresa, la necesaria existencia de una ley reglamentaria que establezca el contenido y alcance del derecho a la protección de la salud, las bases operativas de la prestación de los servicios respectivos, y defina el grado de participación y responsabilidad de las distintas esferas del poder público en la regulación e instrumentación de las acciones que propendan a hacer efectivo el ejercicio del derecho a la protección de la salud.

A partir de la reforma constitucional, comienza a desarrollarse un proceso de adecuación legislativa tendiente a consolidar el marco jurídico que constituya el fundamento y sustento operativo de las acciones referidas.

Los primeros pasos en tal sentido se vinculan a la adecuación de las estructuras administrativas y de servicios, así como a la creación de otras que se consideran funcionales y coadyuvantes al logro de los objetivos previstos.

En tal virtud, se modifican 4 leyes: La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el Código Sanitario y las Leyes Orgánicas del IMSS y del ISSSTE, el último de los cuales cuenta ya con un nuevo ordenamiento legal; se reforma un reglamento el del Consejo de Salubridad General, y se emiten tres nuevos, entre los que destaca el Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; Cuatro decretos contribuyen a la organización del sector salud y establecen bases para la descentralización de los servicios de salud. A través de cinco acuerdos presidenciales se crean nuevas estructuras de coordinación interinstitucional en materia de salud, y otros tantos acuerdos secretariales establecen modalidades organizativas de carácter interno, destinadas a abocarse a la reestructuración administrativa de la Secretaría y, en su caso, a coordinar la operación de servicios de salud prioritarios.

Mientras se instrumenta jurídicamente la labor de adecuación estructural y funcional, antes descrita, se desarrolla el proceso de elaboración de la Ley General de Salud, que se extiende durante todo el año de 1983, cubriendo diversas etapas de propuesta, discusión y afinamiento, y se plasma en el documento finalmente aprobado por el Congreso de la Unión.

El proceso de elaboración de esta 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 propias de la coyuntura, resultaron convocados a la programación, definición, discusión e integración de su contenido, todos los sectores vinculados sustantivamente a la materia.

En efecto, tuvieron voz y consideración, en primer lugar, el Consejo de Salubridad General, las dependencias de la propia Secretaría y las entidades del sector salud, otras dependencias y entidades del sector público, las entidades federativas y las 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.

De este amplio espectro social se nutrió el proceso de elaboración, que concretó sus frutos en el proyecto presentado al Secretario del Ramo primero, en el mes de junio de 1983 y luego en octubre del mismo año, el cual fue sometido, por parte del Dr. Guillermo Soberón, a la consideración del Presidente de la República, tanto en junio como el 2 de noviembre, y discutido por el Congreso de la Unión, por conducto de la Cámara de Diputados el 15 de diciembre. Dicho proyecto resultó aprobado y recibió sanción

* Oficial mayor. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

final, igualmente aprobatoria, de la Cámara de Senadores el 27 de diciembre.

La Ley General de Salud se elaboró a partir de tres estrategias que conforman la política que en la materia ha determinado el Ejecutivo Federal, sectorización, descentralización y modernización. La conceptualización, fundamento y consecuencia de estas estrategias ya han sido ampliamente expuestas en este foro, por el lic. José Francisco Ruíz Massieu, por lo que resta concluir que, a partir de su armónica interacción, se pretende estructurar un sistema de prestación de servicios de salud que responda oportuna, eficiente y eficazmente a las demandas sociales en la materia.

En el marco de estas tres estrategias medulares, la Ley General de Salud reconoce como objetivos fundamentales los siguientes:

1. Definir el contenido y finalidades del derecho a la protección de la salud;
2. Establecer las bases jurídicas para el efectivo ejercicio del derecho a la protección de la salud;
3. Definir la participación y responsabilidades de los sectores público, social y privado;
4. Establecer las bases para la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud;
5. Reglamentar la prestación de los servicios de salud;
6. Fortalecer las acciones complementarias (recursos humanos, investigación, información);
7. Actualizar y complementar la normatividad de las materias de salubridad general;
8. 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, 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, que responden a los rubros: 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 este apartado resultan comprendidas las que pueden llamarse acciones complementarias de carácter general, referidas a recursos humanos, investigación e información para la salud; la promoción de la salud, comprensiva de educación, nutrición, efectos del ambiente y salud ocupacional; la prevención y

control de enfermedades y accidentes; la asistencia social, prevención de la invalidez y rehabilitación de inválidos; la acción extraordinaria; los programas contra las adicciones; el control sanitario de alimentos, bebidas y otros productos vinculados a la salud, complementado con el control de la publicidad de tales productos y servicios; el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos; la sanidad internacional y, finalmente, los aspectos procedimentales y punitivos de la actividad sanitaria.

En lo que respecta a la reglamentación del derecho a la protección de la salud, prácticamente todo el contenido de la Ley es innovador, por cuanto los temas desarrollados, que derivan de la adición al artículo 40. Constitucional, no eran contemplados por el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.

Entre las innovaciones de esta primera parte de la ley, especialmente destacan, por su trascendencia para la efectividad de la garantía social que se regula:

1. La conceptualización y finalidades del derecho a la protección de la salud;
2. La ampliación de las materias de salubridad general;
3. La inclusión, dentro de la enumeración de autoridades sanitarias, de los gobiernos de las entidades federativas;
4. Las bases de integración y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud;
5. La distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas, que constituye el cimiento del proceso de descentralización;
6. La clasificación de los prestadores de los servicios de salud y el establecimiento de bases generales de acceso a los mismos;
7. La definición de servicios básicos de salud;
8. La institucionalización del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud y el establecimiento de la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;
9. La definición de derechos y obligaciones de los usuarios y la determinación de criterios generales para propiciar la participación de la comunidad;
10. La regulación sistemática de los servicios de atención materno-infantil y de planificación familiar, a los que se les otorga, conjuntamente con los de salud mental, el carácter de prioritarios.

En la regulación del contenido normativo de las materias de salubridad general, destacan como innovaciones fundamentales:

- 1) La eliminación del registro sanitario de títulos, diplomas y certificados, que quedará bajo la competencia de las autoridades educativas, con el flujo de información que corresponda a las sanitarias;
- 2) La incorporación de comisiones de investigación, ética y bioseguridad, a los efectos de coadyuvar a la seriedad, eficiencia y seguridad de la investigación para la salud;
- 3) La institucionalización de la participación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los programas alimentarios del Gobierno Federal;
- 4) La creación del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes;
- 5) La regulación de las acciones a desarrollarse en materia de asistencia social;
- 6) La ampliación de los supuestos de procedencia de la acción extraordinaria a los casos de emergencia o catástrofe que afecten al país;
- 7) La creación del Consejo Nacional Antialcohólico;
- 8) El programa contra el tabaquismo;
- 9) La descentralización a las entidades federativas del control sanitario de los establecimientos de expendio o suministro al público de alimentos y bebidas;
- 10) El establecimiento de la Gaceta Sanitaria;
- 11) La competencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para establecer las especificaciones de identidad de los productos vinculados a la salud, que deberán incorporarse a las normas oficiales mexicanas;
- 12) La leyenda "El abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud", que deberán ostentar en sus envases las bebidas alcohólicas;
- 13) La regulación sistemática de la importación y exportación de productos relacionados con la salud;
- 14) El control sanitario de la publicidad;
- 15) El reordenamiento y complementación de las normas aplicables a la disposición de órganos, tejidos y cadáveres, en función de criterios éticos y científicos;
- 16) El establecimiento de criterios y procedimientos para la revocación de autorizaciones;
- 17) La inclusión de criterios para el ejercicio de facultades discrecionales, y
- 18) La adecuación de sanciones y delitos, por un lado, a los nuevos supuestos de la ley y, en cuanto a la cuantía económica de las multas, reemplazando el criterio de cifras fijas por el proporcional en función del salario mínimo general diario.

Luego de este sucinto señalamiento de las innovaciones sustanciales que entraña la Ley General de Salud, se considera conveniente detenerse, por su importancia y trascendencia en función de las estrategias que la inspiran, en algunos aspectos de la parte reglamentaria del derecho a la protección de la salud.

En primer término, cabría profundizar en la naturaleza y objetivos del Sistema Nacional de Salud.

Si concebimos la salud como un bien de interés público, es función fundamental del Estado la protección, atención y vigilancia de la salud de todos los habitantes de la Nación. En consecuencia, el Estado está obligado a tomar medidas tendientes a dotar de mínimos de salud a todos los mexicanos.

Pero esta responsabilidad no podrá dar frutos plenos sin la concurrencia armónica de los poderes públicos, la sociedad en su conjunto y los individuos interesados. Para lograr esta conjunción de intereses y voluntades, el Estado deberá conducir su acción a niveles en que sea posible la participación de todos los estratos de la sociedad en beneficio de la protección de la salud.

El Sistema Nacional de Salud es la expresión de la toma de conciencia del Estado y la sociedad en general, de que la salud es un valor y su protección un derecho social. Representa también la asunción por parte del Estado, de su papel protagonista en la creación y conservación de las condiciones deseables de salud para toda la población, y promueve el concurso de todos los sectores sociales, mediante su integración programática y funcional a través de la coordinación, concertación o inducción, según corresponda en los términos de la Ley de Planeación y demás disposiciones aplicables.

El Sistema Nacional de Salud se integra por dependencias de la administración pública, tanto federal como local, y por las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones. No es un fin en sí mismo, sino un mecanismo a través del cual la Ley pretende articular la acción del Estado con los demás sectores sociales para darle efectividad al derecho a la protección de la salud.

A este respecto, es pertinente destacar que en el amplio espectro de servicios de salud, quedan comprendidos tanto los que opera directamente la Secretaría de Salubridad y Asistencia, como los que proporcionan las instituciones públicas de seguridad social, como el IMSS y el ISSSTE, a las personas que cotizan o hubieren cotizado en las mismas o a otros grupos de usuarios, con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal, y los que están a cargo de los organismos descentralizados del sector salud, entre los que se cuenta el DIF. A este último hace referencia la Ley General de Salud, en materia de asistencia social, prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos, al señalar que el Gobierno Federal contará con un organismo que prestará servicios en estas áreas y promoverá la interrelación sistemática de las acciones que en las mismas lleven a cabo las instituciones públicas.

La sectorización, la descentralización y la modernización de los servicios de salud serán los pilares fundamentales de la plataforma técnica, jurídica, administrativa y financiera que consolide un Sistema

Nacional de Salud con posibilidades de lograr sus objetivos.

El proceso de descentralización tiene su cimiento en la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas, la cual a su vez instrumenta la concurrencia en materia de salubridad general que establece el 3er. párrafo del artículo 4o. Constitucional.

La Ley distribuye las materias de salubridad general en dos grupos: aquellas que organiza, opera y vigila directamente la Federación, a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y aquellas que organizan, operan, supervisan y evalúan los gobiernos de las entidades federativas. La competencia para legislar respecto de las materias de ambos grupos es, por mandato de la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política, del Congreso de la Unión. La facultad de dictar normas técnicas en la misma extensión es reservada por la Ley a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual también ejercerá, en igual ámbito, el control y evaluación general. En consecuencia, la concurrencia se da en el sentido castizo y gramatical de la palabra, porque la legislación y la normatividad proceden de la federación y la operación compete a las entidades federativas, con las excepciones de las materias que queden comprendidas en el primero de los grupos mencionados, por razón de su propia naturaleza.

Pero 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 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 al derecho a la protección de la salud.

De la Ley deriva la inmediata necesidad de instrumentar jurídicamente el espectro amplio y complejo de la legislación secundaria, comprensiva de 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 legal, para que puedan ser ejercidas con un efectivo sustento jurídico.

En orden jerárquico, 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 prevé 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 Único 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.

Hasta aquí el marco jurídico federal y local para implementar el mandato constitucional. La etapa inmediata posterior es la consolidación del nuevo esquema, a través de su operatividad efectiva, de conformidad con las políticas, planes, programas y normas aplicables.

El propósito esencial de la presente administración en materia de salud es hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. Ya se han instrumentado y están operándose las primeras medidas en tal sentido y se trabaja sin pausa en la complementación de las estructuras normativas, administrativas y de servicios que permitan alcanzar las metas respectivas. La capacidad técnica y la voluntad política están a disposición del gran objetivo de hacer realidad para todos los mexicanos un derecho fundamental e irrenunciable. Lograrlo es el desafío que supone la sociedad igualitaria y democrática a que aspiramos.

IV. EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL EN SU NUEVA ETAPA

BERNARDO SEPULVEDA*

El Consejo de Salubridad General fué creado por el Congreso Constituyente en 1917, a propuesta del doctor y diputado don José María Rodríguez, con el carácter de autoridad sanitaria dependiente directamente del Presidente de la República, y con facultades para dictar disposiciones generales en materias de su competencia, que tuvieran observancia obligatoria en todo el país. El nuevo organismo vino así a sustituir al antiguo Consejo Superior de Salubridad,

* Académico honorario. Miembro de El Colegio Nacional. Secretario del Consejo de Salubridad General.

extendiendo su competencia al ámbito nacional, bajo la dependencia del titular del Poder Ejecutivo y sin intervención de ninguna Secretaría de Estado.

Por diversas circunstancias históricas, las posibilidades de acción efectiva del Consejo en el campo de la salubridad pública, estuvieron considerablemente restringidas. Aquí me limito a señalar dos de tales circunstancias: las reducidas atribuciones que le otorgaban códigos y reglamentos; y el hecho de que el Consejo se integrara exclusivamente con funcionarios del Departamento de Salubridad, primero y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, después.

Durante ese período de tiempo, que se prolongó casi por cincuenta años, el papel del Consejo, respetable sin duda alguna por las distinguidas personalidades que lo integraron, consistió esencialmente en el asesoramiento sucesivo del jefe del Departamento de Salubridad y del secretario de Salubridad y Asistencia.

Es en realidad desde la expedición del Código Sanitario y del Reglamento Interior del Consejo, publicados en 1973 y 1974, respectivamente, cuando se inician las modificaciones fundamentales en la estructura y en el funcionamiento de la corporación, que han continuado hasta fecha reciente.

Tales modificaciones, aunque fueron aplicadas concretamente hasta varios años después, marcaron el principio de los cambios que habían de dar relevancia al Consejo como autoridad sanitaria. En efecto, además de ratificar la dependencia directa de la corporación del Presidente de la República, se estableció desde entonces que el secretario de Salubridad y Asistencia sería el presidente del consejo; pero que el secretario y los vocales del grupo colegiado, designados asimismo por el titular del Poder Ejecutivo, en ningún caso podrían desempeñar cargos o comisiones que dependieran de la propia Secretaría.

Por añadidura y en virtud de esas modificaciones, se amplió el campo de competencia del Consejo, con facultades para intervenir en la aplicación del código sanitario, aprobar disposiciones sanitarias y medidas para combatir el alcoholismo y otras intoxicaciones, así como para participar en los programas nacionales de salud.

En base a estos cambios, el Consejo principió a desarrollar mayor actividad, que se hizo perceptible al exterior desde 1980, mediante la publicación de acuerdos y decretos expedidos a propuesta del propio Consejo, como fueron los relativos a las normas a que deben sujetarse las investigaciones que involucren seres humanos y a los requisitos exigidos en materia de bioseguridad.

Al mismo tiempo, diversos grupos de trabajo y en particular la Coordinación de los Servicios de Salud, a cargo del doctor Guillermo Soberón, preparaban una serie de proyectos legislativos, con el propósito de fundamentar en diversas disposiciones jurídicas y administrativas, la integración de las instituciones destinadas a promover y mantener la salud de la población; y asimismo, con el propósito de formular

las bases legales, para la realización de otras acciones dirigidas al establecimiento de un sistema Nacional de Salud.

Esos proyectos legislativos se llevaron a su debido término, traducéndose en reformas que, como hemos oído en la exposición del licenciado González Fernández, abarcaron desde la Constitución Política del país hasta distintas leyes y reformas, cuya aplicación en el curso del año pasado, tal como ha descrito en lo esencial el licenciado Ruíz Massieu, puso en marcha un conjunto de cambios sustanciales en el concepto y en la operación de los servicios de salud pública, de los que cabe esperar a mediano y largo plazo, un evidente mejoramiento en la cantidad y calidad de tales servicios.

Con referencia específica al Consejo de Salubridad General, se introdujeron reformas para modificar su integración y extender sus facultades. En la exposición de motivos al Congreso de la Unión para fundar esas reformas al Código Sanitario, el titular del Poder Ejecutivo dijo lo siguiente:

"El establecimiento del Sistema (Nacional de Salud) lleva necesariamente a la modernización y ampliación de las atribuciones del Consejo de Salubridad General, así como de su composición, para que tenga una participación más activa en los servicios de salud".

Las reformas al Código Sanitario se publicaron el 30 de Diciembre de 1982; y poco después, el 17 de Enero de 1983, se expidieron las reformas y adiciones al Reglamento Interior del Consejo, por virtud de las cuales se cambió radicalmente la integración del cuerpo colegiado y se ampliaron considerablemente sus atribuciones.

Desde entonces, el Consejo quedó integrado, además del presidente y el secretario, por doce vocales titulares, a saber: el Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, los Directores Generales del Instituto Politécnico Nacional, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, de Sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional y de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal; los Subdirectores Generales Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el Presidente de la Academia Nacional de Medicina; un especialista en materia ambiental y dos rectores de Universidades o Instituciones de Educación Superior de los Estados de la República.

La nueva estructura del Consejo, revela el interés del gobierno nacional para que estén representadas, junto a las dependencias estatales del sector salud civil y militar y de asistencia pública, las instituciones de educación superior y de investigación científica de la capital y de los estados, así como las dedicadas al estudio de problemas ambientales.

En cuanto a la ampliación de sus atribuciones, el nuevo Reglamento confiere al Consejo facultades adicionales para:

Rendir opiniones y formular sugerencias al Poder Ejecutivo para mejorar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud;

Opinar sobre programas de investigación y de formación de recursos humanos en el campo de la salud;

Estudiar la legislación de salud y proponer reformas y adiciones a la misma; y

Expedir acuerdos para ser publicados en el Diario Oficial de la Federación.

A mayor abundamiento, por acuerdo presidencial del 9 de junio de 1983, se creó la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, como grupo de trabajo del Consejo, con el encargo de formular los Cuadros Básicos de Medicamentos, Reactivos, de Instrumental y Equipo, así como de Material de Curación y de Información Científica.

Es así, por virtud de los cambios radicales en su organización y funcionamiento, como se inicia la nueva etapa del Consejo de Salubridad General en enero de 1983. En el curso de ese año pasado, la corporación celebró once sesiones, bajo la presidencia del Secretario de Salubridad y Asistencia; y a continuación, me permito reseñar en forma condensada, las principales actividades que fue posible llevar a cabo bajo el nuevo régimen en el mismo período.

Una de las primeras determinaciones, consistió en la formación de cinco comités internos para la atención de algunas de las funciones específicamente asignadas. Los comités se denominaron: de Acción Legislativa, de Enseñanza y de Investigación Biomédica, de Ética de la Investigación Biomédica, de Bioseguridad y de Ecología. Se encomendó al coordinador de cada uno de los comités, la presentación de informes periódicos de sus labores.

Simultáneamente, el Consejo abordó el estudio del grave problema del abastecimiento de los medicamentos y otros productos esenciales para la operación de las instituciones del Sector, cuya dotación se encontró seriamente obstaculizada por la crisis económica, y por el hecho de que las materias primas necesarias son de importación en su mayor parte.

Varias acciones resultaron del estudio de ese problema. Una de ellas, fue la formulación del programa para fomentar la enseñanza, la investigación y el desarrollo tecnológico en farmacología, con el fin de promover la expansión de la industria químico-farmacéutica. El programa, formulado de acuerdo con las Secretarías de Comercio y Fomento Industrial y de Educación Pública, así como con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y la Universidad Nacional, está ya en fase de aplicación, y puede esperarse con fundamento que contribuya a disminuir la dependencia extranjera en tan importante materia.

Otra acción resultante, fue la elaboración de los Cuadros Básicos de Insumos del Sector por la Comi-

sión Interinstitucional ya mencionada. El Cuadro Básico de Medicamentos, requerido con mayor urgencia, ya fue publicado; y están en proceso de publicación los cuadros restantes, habiéndose logrado la unificación de criterios y de procedimientos, indispensable en la preparación de documentos de esta naturaleza.

El Consejo, por su propia composición, representa un modelo de integración de organismos diversos, enlazados por un objetivo común. Pero, además, la circunstancia de que las cuatro instituciones del Sector forman parte del cuerpo colegiado, favorece el propósito de obtener la cooperación entre ellas. Por añadidura, el Consejo ha seguido de cerca los avances que van realizando los distintos grupos interinstitucionales, encargados de establecer la mayor cohesión entre las entidades constituyentes del Sector; y en ésta y en otras formas, ha participado en el complejo proceso de coordinar las múltiples tareas encaminadas al mejoramiento de la salud pública.

En el desempeño de otra de sus atribuciones, el Consejo examinó y aprobó, los proyectos para la creación de las comisiones interinstitucionales de enseñanza para la atención de la salud y de investigación en salud. Los proyectos, sometidos a la consideración de la Presidencia de la República, dieron lugar a un acuerdo que les confirió base legal; y las comisiones fueron instaladas en presencia del titular del Poder Ejecutivo y de los secretarios de Salubridad y Asistencia y de Educación Pública, copresidentes de ambas comisiones, las cuales principiaron ya su funcionamiento.

Asimismo, como ya se ha dicho, el Consejo se ocupó durante varias sesiones en discutir el proyecto de Ley General de Salud, antes de ser enviada para su revisión por el Primer Magistrado y aprobación ulterior por el Congreso de la Unión. En la nueva Ley, se incrementan las atribuciones del Consejo.

Otras actividades de parecida importancia que desarrolló el Consejo, y que en obvio de tiempo me veo precisado solo a enumerar, fueron el conocimiento que tomó la corporación del programa de modernización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que en buena parte se ha llevado a la práctica; las sugerencias presentadas para conseguir el mayor provecho del Programa Nacional de Planificación Familiar; y el examen inicial del problema causado por el uso incorrecto de los plaguicidas en la agricultura.

Este conjunto de actividades tan sucintamente reseñadas, pone de manifiesto en el breve lapso de un año, la capacidad del Consejo para asumir las responsabilidades de autoridad sanitaria que le fueron confiadas en su nueva etapa, colaborando estrechamente con las dependencias estatales que le son afiles.

La aptitud y la dedicación de cada uno de los miembros, así como la solidaridad manifestada para actuar como cuerpo colegiado, deben consignarse entre los factores determinantes de los logros obteni-

dos. Los otros factores, no menos importantes, son la voluntad política del Presidente de la República, motor de los cambios operados, y la ejecución acertada de sus colaboradores, que en este caso debe acreditarse en primer término al Titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en su desempeño como cabeza del Sector Salud.

V. LAS AREAS PRIORITARIAS DE LA SALUD PUBLICA

HECTOR FERNANDEZ-VARELA*

Hoy por hoy, cuando los recursos son limitados, los esfuerzos en el sector salud deben racionalizarse y llevar a cabo un riguroso proceso de identificación de prioridades, entre los requerimientos de salud de la población.

Al proporcionarnos criterios para la asignación selectiva de los recursos entre las áreas y grupos más necesitados, la determinación de prioridades permite una mayor equidad en la distribución de los frutos del desarrollo, principio fundamental del presente régimen.

En el campo de la Salud Pública, la identificación de áreas prioritarias debe reflejar los principales problemas y necesidades de salud del país, sobre la base de la magnitud, trascendencia y distribución de ciertas enfermedades y riesgos para la salud en la población. A lo largo de este trabajo he de referirme a esas prioridades más que a las áreas fundamentales que serían objeto de profunda meditación y prolongada discusión académica.

El perfil epidemiológico de México, caracterizado por elevadas tasas de morbi-mortalidad, tanto por enfermedades infecciosas como por aquellas resultantes del desarrollo y la industrialización, demanda como áreas que requieren un especial impulso dentro del Sistema Nacional de Salud, la Educación para La Salud, la Vigilancia Epidemiológica, la Medicina Preventiva, la Vigilancia Sanitaria y el Saneamiento Ambiental, estrategias todas de carácter prioritario para garantizar el derecho social de los mexicanos a la protección de su salud.

El listado de las áreas no es exhaustivo de la salud pública, pero sí indicativo del tipo de acciones a desarrollar por el sector en el mediano plazo; constituye un campo de gran amplitud y diversidad que se ocupa de los fenómenos de salud-enfermedad en la comunidad, y complementa las acciones de atención médica dirigidas fundamentalmente al individuo.

Educación para la salud

Existe un gran potencial para la prevención de enfermedades a través de programas de educación para la salud. Esta actividad tiene como propósito modificar positivamente las conductas de la población en una gran diversidad de aspectos tales como el tabaco, las adicciones, ejercicio físico, higiene personal, planificación familiar, o contaminación ambiental.

La estrategia medular en este campo de la Salud Pública, consiste en convencer a los individuos de que inviertan en sí mismos, responsabilizándose de una manera creciente del cuidado de su salud.

No obstante, que en esta tarea la parte más importante descansa en el individuo, el estado a través del Sector Salud, juega un papel significativo al crear incentivos para propiciar una actitud favorable de la población hacia su salud, por ejemplo, a través de información sobre los peligros que entrañan ciertos hábitos de vida.

Una gran proporción de la morbilidad y mortalidad en la población se encuentra íntimamente vinculada con hábitos y conductas nocivos para la salud, como falta de higiene personal, manejo inadecuado de alimentos, falta de ejercicio físico, ingestión excesiva de bebidas alcohólicas, tabaquismo, regímenes dietéticos inapropiados, automedicación, etc., algunos de estos hábitos perjudiciales se han propagado en las últimas décadas y, sin lugar a dudas, se encuentran relacionados con la persistencia de elevadas tasas de morbi-mortalidad por infecciones entéricas y respiratorias agudas, así como con el incremento reciente en la frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer, enfermedad isquémica del corazón, hipertensión, cirrosis hepática, bronquitis, nutrición inadecuada, etc. y el aumento en la mortalidad por accidentes y violencias asociados o no con la ingestión de bebidas alcohólicas.

Las actividades desarrolladas en este campo por el Sector han sido considerables y solo la S.S.A. en los primeros ocho meses del año pasado emitió 1.4 millones de impactos educativos* relacionados con la prevención de las enfermedades más frecuentes en nuestro medio. Asimismo se impartieron 533 mil pláticas para orientar y capacitar a la población en aspectos relevantes de la salud.

Las perspectivas de avance son muy prometedoras, y la presente administración se ha planteado alcanzar en un mediano plazo los siguientes objetivos:

- Educar a la población para que adquiera conocimientos veraces, desarrolle actitudes positivas, adopte hábitos o estilos de vida sanos y participe de manera activa, conciente y responsable en el autocuidado y mejoramiento de la salud individual, familiar o colectiva.

Impartir servicios de capacitación a la población a través del personal de atención primaria y la

* Subsecretario de Salubridad. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

* 40 mensajes educativos.

difusión de mensajes educativos en los medios masivos de comunicación, para el autocuidado de la salud y una mejor utilización de los servicios.

- Intensificar las actividades de comunicación educativa en planificación familiar y orientación sexual, tanto para los prestadores de servicios, como para la población en general, con énfasis en la población del medio rural y las generaciones jóvenes.

Vigilancia epidemiológica

El servicio de inteligencia de la salud pública descansa en las actividades de vigilancia epidemiológica, al generar información que sustente y oriente las acciones en las distintas áreas de la salud.

La vigilancia epidemiológica, concebida como un sistema de información constituye un instrumento indispensable para la conformación de un diagnóstico de salud preciso y actualizado, permitiendo con ello, la toma racional de decisiones en los procesos de planeación, operación, control y evaluación de los programas.

Concretamente, la vigilancia epidemiológica se basa en la observación continua de la distribución y tendencias de las enfermedades en la población, a través de la recopilación sistemática y análisis de los reportes de morbilidad y mortalidad. Con el propósito de mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico y para orientar la ejecución oportuna de acciones, ante situaciones epidemiológicas de alarma.

En México, aunque se ha avanzado en materia de vigilancia epidemiológica, los sistemas existentes presentan múltiples problemas y limitantes, entre los que destacan la cobertura insuficiente de los sistemas estadísticos alimentadores, la falta de oportunidad e integridad de los datos, la deficiente coordinación entre las instituciones de salud, y la poca o nula participación del sector médico privado.

En la actualidad el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, limita su ámbito de acción a la observación del comportamiento epidemiológico de algunas enfermedades transmisibles como la poliomielitis, rabia, dengue, tuberculosis, paludismo, hepatitis, etc., sin ocuparse de otro tipo de enfermedades igualmente importantes en nuestro medio como diarreas, enfermedades neoplásicas, del corazón, o de la nutrición.

Para corregir esta situación se ha propuesto, en un mediano plazo, estructurar un Sistema de Vigilancia Epidemiológica que haga posible la observación permanente y sistematizada de los padecimientos tanto transmisibles como no transmisibles, así como de los factores que condicionan o determinan el proceso de salud-enfermedad.

Medicina preventiva

En la actualidad cada vez menos personas están en

desacuerdo con que el notable mejoramiento en las condiciones de salud de algunos países, puede atribuirse más a los efectos de acciones preventivas que a medidas curativas, y que muchas enfermedades son más fáciles de prevenir que de curar. Tal es el caso de enfermedades como la rabia, fiebre amarilla, tétanos, etc.

La inversión en programas preventivos es, sin lugar a dudas, rentable, ya que son mucho más costo-efectivos que los servicios terapéuticos. La prevención genera un significativo ahorro por concepto de consultas y días de hospitalización evitados, contribuyendo al desarrollo nacional por la disminución del ausentismo escolar y laboral, así como por el incremento de la productividad.

A largo plazo, los programas de prevención y control de enfermedades y riesgos, abaten los niveles de mortalidad y morbilidad de las enfermedades, lo que hace que, además de los ahorros en gastos por atención médica, se obtenga un ahorro en vidas humanas y una mejoría en la calidad de las mismas, incrementándose la fuerza productiva y la esperanza de vida de la población.

La medicina preventiva no sólo dispone de instrumentos como las vacunas, sino de programas como la detección oportuna de enfermedades que, a través del examen deliberado de segmentos substanciales de la población y aún de la población completa, permite identificar riesgos para la salud y enfermedades en sus etapas tempranas, y así establecer tratamientos oportunos y efectivos.

Entre las acciones que las instituciones del sector salud, desarrollan para preservar y mantener la salud de la población destacan las actividades de control de enfermedades prevenibles por vacunación, dirigidas a incrementar la resistencia individual a enfermedades de carácter infeccioso, que en el año de 1983 consistieron en la aplicación de aproximadamente 40 millones de dosis.

Deben mencionarse también otros programas que conjuntamente realizan las entidades sectorizadas y de los que a modo de ejemplo se ilustran con lo efectuado por la S.S.A.

- Acciones para el control de enfermedades transmisibles; la Secretaría otorgó 1.1 millones de consultas y 800 000 más para detección oportuna de enfermedades.
- Acciones en materia de nutrición que buscan el mejoramiento del nivel nutricional de los grupos susceptibles (infantes, embarazadas y madres en período de lactancia en áreas rurales y marginadas). En el período referido se distribuyeron 18.5 millones de raciones lácteas complementarias.
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño, y del embarazo, a través del otorgamiento de 1.99 millones de consultas a sanos y 2.3 millones de cartillas de vacunación en 1983.
- Servicios de planificación familiar voluntaria para lograr el crecimiento armónico de la población,

consistentes en el otorgamiento de 1.36 millones de consultas, la atención de 1.01 millones de usuarias activas y la captación de 249 000 nuevas aceptantes en el primer semestre de 1983.

- Protección a la salud bucal de la población, principalmente la preescolar y escolar, a través de campañas de aplicación tópica de flúor, habiéndose logrado en 1983, 2.81 millones de aplicaciones.
- Asimismo son dignos de mención los servicios de dose logrado en 1983, 2.81 millones de aplicaciones de trabajo.

En los próximos cinco años las acciones preventivas, como lo señala el Plan Nacional de Desarrollo, recibirán un gran impulso para disminuir la frecuencia de las enfermedades transmisibles y paralelamente, se fortalecerán las acciones que tiendan a limitar las no transmisibles. Ocuparán un lugar relevante la identificación de los factores de riesgos de las principales causas de morbilidad y la detección oportuna de enfermedades en la población.

Vigilancia sanitaria

La estructura de daños a la salud en México, como en otros países con similar nivel de desarrollo, es en gran medida reflejo de las precarias condiciones higiénicas del ambiente, principalmente de los alimentos. Las elevadas tasas de morbi-mortalidad por infecciones gastrointestinales constituyen un ejemplo muy elocuente de la contaminación del agua y los alimentos.

La vigilancia sanitaria puede definirse como el conjunto de actividades que realiza la autoridad sanitaria para verificar que los establecimientos industriales, comerciales o de servicio, los productos y, en general, las actividades humanas, se ajusten a las disposiciones sanitarias con el fin de evitar riesgos a la salud.

Como se desprende de esta definición, la vigilancia sanitaria es parte del saneamiento ambiental, sin embargo, en la práctica existe una distinción entre ambas, en razón de la necesaria división del trabajo.

En México corresponde a la S.S.A. emitir las normas en materia de vigilancia sanitaria de acuerdo al código sanitario, y a partir de junio de 1984 de la Ley General de Salud y sus reglamentos.

En el año de 1983 la Secretaría de Salubridad y Asistencia, realizó 848 945 inspecciones sanitarias, expidió 505 704 licencias sanitarias y realizó análisis de laboratorio a 115 256 muestras de productos, para determinar su composición y calidad. Por otro lado, sólo en los estados de la República se realizaron en ese año 257 367 visitas técnicas y se impartieron 187 805 asesorías en la materia. Cabe destacar en lo referente al control sanitario de los alimentos, la gravedad del problema de la contaminación química causada principalmente por metales pesados (arsénico, plomo, cadmio y mercurio), plaguicidas y aflato-

xinas, según los resultados que arrojan análisis de muestras de alimentos.

La Secretaría de Salubridad y asistencia se propone establecer un sistema de control sanitario a nivel nacional, estatal y local, vinculado a los aspectos epidemiológicos y cuyo objetivo será el de mejorar las condiciones sanitarias; dicho sistema arrancará la próxima semana al implantarse un nuevo procedimiento de control con las siguientes características: Corresponsabilizar a la población en la protección de la salud individual y colectiva; agilizar y simplificar los trámites administrativos, fundamentalmente para el otorgamiento de licencias sanitarias; substituir el procedimiento manual por uno computarizado; y evitar problemas de corrupción.

Saneamiento ambiental

El desastre por *smog* en la ciudad de Londres, durante el invierno de 1952, reveló la urgencia y magnitud del problema de la contaminación atmosférica y la impostergable necesidad de controlarla.

En México, en las dos últimas décadas se ha observado un marcado incremento en los niveles de contaminación del aire, suelo y agua. La contaminación atmosférica, causada principalmente por la combustión industrial y por los automotores, ha alcanzado niveles peligrosos en las áreas metropolitanas de México, afectando especialmente a aquellos que sufren enfermedades cardio-respiratorias. Es difícil separar y medir los efectos a largo plazo de la contaminación ambiental, sin embargo, no es descabellado suponer que constituye de manera importante a la morbi-mortalidad por bronquitis crónica y cáncer del pulmón, y aún a padecimientos genéticos, como lo señalan estudios recientes.

Las actividades en el área de saneamiento ambiental se orientan al establecimiento de mecanismos para evitar el deterioro del medio como resultado de factores que afectan los sistemas ecológicos y ocasionan daños directos a la salud, especialmente por contaminación del suelo, agua y atmósfera. Aunque el abastecimiento y vigilancia de la calidad del agua potable es responsabilidad de las autoridades municipales, la Secretaría de Salubridad y Asistencia realizó actividades de saneamiento del agua que consisten en acciones de promoción, asesoría, certificación y visitas técnicas. Durante el período citado previamente, se consignan avances importantes en este campo, otorgándose prioridad al control de la contaminación del agua por desechos domésticos e industriales.

En lo referente a las acciones para el control de la fauna nociva se reportaron en el período señalado 7 000 rociamientos y 5 000 desratizaciones.

El objetivo principal de los programas, proyectos y actividades en esta materia, consiste en coadyuvar al mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio, a través de la detección y control de los factores que deterioran el ambiente o lo contaminan, poniendo

do énfasis en aquellos que representan un peligro inmediato a la salud.

Conclusiones

La evidencia de que las medidas estrictamente médicas, por sí solas no influyen de manera determinante para la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población, hace necesario concentrar nuestros esfuerzos en el mejoramiento de las condiciones higiénicas y del medio, especialmente del suministro de alimentos apropiados. Estas medidas tienen un marcado impacto sobre el nivel de salud de un país como el nuestro, principalmente, sobre la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, ya que previenen la exposición a la infección y, junto con medidas específicas como la vacunación, protegen al individuo susceptible.

La estrategia de salud propuesta en este trabajo depende en gran medida de la participación de todos los sectores económicos y sociales. En virtud de que la salud es la resultante de una compleja interacción de factores de orden biológico, psicológico, social, económico y cultural, no es posible pensar que alcanzaremos un nivel de salud adecuado, a través, únicamente, de los esfuerzos del Sector Salud.

La realización de las grandes tareas de la salud pública hará indispensable no sólo la coordinación entre las instituciones del Sector Salud, sino también la vinculación de este con otros sectores, el industrial, el educativo, el energético, el agrícola, el de desarrollo urbano y de vivienda.

Nada más necesario para el fortalecimiento de los servicios de salud pública que la integración de un sistema nacional de salud, sólido y eficiente, que a través de las estrategias de descentralización, sectorización y modernización, facilitará la coordinación sectorial e institucional, y con ello, la participación de los tres sujetos fundamentales del proceso de la salud: gobierno, sociedad e individuo.

VI. LOS SERVICIOS DE SALUD, NIVELES DE ATENCION, ESCALONAMIENTO, REGIONALIZACION, COBERTURAS

JOSE LAGUNA*

Para alcanzar los objetivos del programa nacional de salud — ampliar y mejorar los servicios de salud, contribuir al desarrollo demográfico y proporcionar asistencia social — es preciso realizar eficazmente las muy variadas actividades que constituyen la esencia misma de los servicios de salud: vacunaciones, con-

sultas, atención de partos, intervenciones quirúrgicas, rehabilitación de inválidos, acciones sociales y educativas, etc. Estas diversas actividades ocurren en consultorios, clínicas y hospitales, o en el hogar y los centros sociales o recreativos.

En un esfuerzo por promover una mejor operación de los servicios, especialmente ante la crisis económica que se afronta, se ha considerado conveniente aplicar tres de las grandes estrategias propuestas por el gobierno de la república en el Plan Nacional de Desarrollo: la sectorización, la descentralización y la modernización administrativa.

La estrategia de la modernización administrativa ya ha dado sus frutos en el ámbito de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En el último año se ordenó y puso en práctica la incorporación al nivel operativo de los programas verticales que tradicionalmente se manejaban desde el centro, para su realización en cada entidad federativa. Así, se integraron los programas de control de la oncocercosis, el paludismo, la tuberculosis, la lepra, el dengue, el cáncer y numerosas acciones relacionadas con los aspectos de la atención materno infantil y de la planificación familiar. Asimismo, se integraron a los servicios coordinados estatales, en forma de unidades desconcentradas, 18 hospitales de la Red Federal de Hospitales, 8 hospitales psiquiátricos, 8 servicios de psiquiatría en hospitales y 8 servicios de psiquiatría y salud mental.

Como base de las acciones mencionadas se puso en vigor una nueva organización, más operativa, de los servicios coordinados estatales que reflejó la estructura programática. De la misma manera, para satisfacer los requerimientos de inversión y operación de las unidades sanitario-asistenciales en las diversas entidades federativas, se han terminado los estudios en relación con las necesidades de terminación de obras o ampliación de la capacidad instalada y el reforzamiento de la estructura administrativa en dichas entidades federativas.

En el Distrito Federal se dieron situaciones paralelas a las consignadas en los estados, para los programas materno-infantil, de planificación familiar y de lucha contra el cáncer, la tuberculosis y otras enfermedades, cuya ejecución pasó a depender directamente de la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal.

Un avance muy importante fue el de dar cumplimiento a un convenio que, firmado en diciembre de 1981 a instancias de la Coordinación de los Servicios de Salud, establecía las bases para la transferencia de los servicios de atención médica que prestaba la Secretaría de Educación Pública, con el propósito de integrarlos a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. De esta suerte, a partir del 1o. de julio de 1983, un total de 509 trabajadores fueron transferidos de la Unidad de Higiene Escolar de la Secretaría de Educación Pública a la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Durante 1983

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

se pudieron efectuar cerca de 73 000 exámenes médicos a niños de primer ingreso y durante el resto del ciclo escolar 1983-1984 se efectuarán otros 70 000.

Se han sentado así las bases de un programa permanente de Atención a la Salud del Escolar, que incluye la vigilancia del crecimiento y el desarrollo, la detección de algunos tipos de patología seleccionada y la promoción de la salud mental. El plan de trabajo exige que en el ciclo escolar 1984-1985 se cubran a más de 500 000 preescolares y escolares distribuidos en 932 jardines de niños y en 2 225 escuelas primarias de la Secretaría de Educación Pública.

En el propio ámbito del Distrito Federal y para cumplir con los lineamientos de la descentralización y la sectorización, se han realizado los estudios técnicos para la integración de los servicios de atención a salud que dependen de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Departamento del Distrito Federal, para satisfacer la tarea de ofrecer servicios homogéneos a la población abierta de la entidad, la cual se estima en alrededor de 8 millones de personas. Ha prevalecido el criterio de integrar los servicios a un organismo público descentralizado constituido por los recursos de ambas dependencias, sectorizado administrativamente en el Departamento del Distrito Federal y que deberá cumplir la normatividad técnica que le señale la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual también dictaminará sobre el programa-presupuesto del organismo.

Los avances logrados en el ámbito de la asistencia médica a través de la estrategia de sectorización han permitido caracterizar con mayor precisión las responsabilidades, competencias e interrelaciones entre las distintas instituciones del sector salud. La recientemente aprobada Ley Federal de Salud y otros ordenamientos legales han conferido nuevas atribuciones a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el afán de avanzar, coordinadamente, hacia el Sistema Nacional de Salud.

Destaca, en este sentido, el fortalecimiento del papel normativo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en lo que se refiere a las actividades de atención médica, salubridad y asistencia social a cargo de las diversas instituciones del Sector Público así como de los organismos de los Sectores Social y Privado que participan en estas tareas. La aceptación de esta responsabilidad normativa ha acelerado los trabajos para precisar e integrar un Cuadro Básico de normas clasificadas en niveles de atención médica, vigilancia epidemiológica, control sanitario y administrativas.

Para definir las normas de servicio, ha sido indispensable avanzar en un modelo asistencial estructurado de manera que pueda tener validez universal en un Sistema Nacional de Salud. Aunque las bases del modelo siguen siendo los niveles de atención y el escalonamiento de las actividades, en el caso de la población abierta, se debe contemplar un esquema que permita vencer las serias dificultades de ponerlo

en práctica debido a viejas costumbres y hábitos tanto de los usuarios como del personal de salud que dificultan no tanto la atención por niveles sino los sistemas de referencia entre dichos niveles. En forma habitual, tratándose de población abierta, la demanda sentida tiene características episódicas; de hecho, la solicitud incidental del servicio impide proporcionar la atención continua e integral del individuo y de la familia, base de la verdadera acción de salud.

El énfasis se ha puesto, por lo tanto, en el desarrollo de un modelo uniforme de servicios de salud para población abierta, estructurado a través de la conformación de tres niveles de atención de complejidad creciente que establecen un esquema de referencia y contrarreferencia entre los niveles. En el modelo se precisan las actividades a desarrollar, el personal y equipo necesario para cada tipo de unidad, los procedimientos y las normas básicas para su funcionamiento. De esta manera se considera factible que a nivel nacional se obtenga una red de servicios que confiera un grado adecuado de homogeneidad a las acciones de las distintas instituciones de salud.

Aquí interviene la estrategia de la descentralización; a través de que se responsabilicen y participen activamente los gobiernos de las entidades federativas se podrá implantar el modelo que haga una realidad el derecho a la protección de la salud.

En el modelo desarrollado, el énfasis se ha puesto en las actividades de atención primaria y, dentro de éstas, el impulso a la medicina general y familiar; el médico general se convierte en el eje de la acción asistencial, preventiva, curativa y rehabilitatoria y canaliza y promueve la referencia oportuna y transitoria a los niveles secundario o terciario. Las acciones de atención primaria, son ampliamente reforzadas por personal técnico o auxiliar, así como por la participación comunitaria a través de la puesta en práctica de tareas de autoatención. Sin estos recursos complementarios puede haber serios problemas para implantar el modelo asistencial que se propone.

La regionalización es una consecuencia de la organización por niveles y escalonada. La complejidad de los recursos disponibles y el área de influencia de la unidad definirán la magnitud e importancia de las regiones, trátase de centros de salud o pequeños consultorios en zonas poblacionales de no más de tres mil habitantes, hospitales generales para internación y atención ambulatoria en localidades de 30 a 100 000 habitantes y hospitales de especialidades, de concentración en las grandes ciudades.

Como esfuerzo a la operación del modelo asistencial a más de las actividades médicas técnicas se plantea el desarrollo de otras indispensables para hacer efectiva la impartición de los servicios, como:

- La integración de un sistema único de información, simplificación y unificación de los procedimientos administrativos.
- La implantación de sistemas de supervisión y evaluación.

En su caso, la actualización y adecuación del sistema de cuotas de recuperación.

En el campo de la asistencia social, cuya operación está a cargo del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia y la responsabilidad normativa a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se ha elaborado en este tiempo el anteproyecto para la conceptualización, el diagnóstico y el inventario de recursos del país en la materia, como base indispensable para establecer mecanismos de coordinación que permitan integrar un programa nacional de asistencia social.

En este campo están muy ligadas las tareas en torno a la rehabilitación: la Secretaría de Salubridad y Asistencia es responsable de la normatividad de las acciones de prevención de la invalidez y de la rehabilitación de los inválidos.

En este sentido se han dado pasos importantes en la definición de los conceptos de atención médica y social y se han descrito las principales acciones de carácter preventivo y terapéutico en relación con la invalidez que se deben realizar a lo largo de la historia natural de la enfermedad. Asimismo, se han definido las tareas de rehabilitación en tres niveles de acuerdo con la complejidad de los recursos necesarios; se han establecido los diagnósticos y los programas de rehabilitación en 11 entidades federativas y en tres de ellas, Guerrero, Jalisco e Hidalgo, se ha procedido a ponerlos en práctica dentro de un programa de colaboración estrecha entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

En nuestro país de economía mixta, la contribución del Sector Privado representa un componente de gran importancia cualitativa y cuantitativa y el gobierno ha considerado conveniente apoyar, a través de una regulación adecuada y equilibrada, las acciones del Sector Privado que redunden en beneficio de la sociedad mexicana. En una primera fase, se ha iniciado el diagnóstico de los recursos de salud con los que cuenta el Sector Privado, tanto físicos como humanos y tecnológicos; así, a través de la reglamentación correspondiente, se podrán sentar las bases para definir su articulación con el sistema de salud.

Finalmente, deben señalarse nuestros esfuerzos por impulsar una actividad prioritaria del Plan Nacional de Desarrollo, la de la participación activa de la comunidad que podría constituir, tratándose de la salud, el camino fundamental para mejorar la calidad de vida de cada individuo y de la sociedad en su conjunto a través de la máxima utilización de las capacidades personales y de la potencialidad del medio.

Para estos fines se está consolidando una red de promotores comunitarios —provenientes de grupos políticos organizados, de juntas de vecinos, de comités de salud delegacionales o de voluntarios organizados— que actúan como intermediarios entre los

centros de salud y el hogar, informando y motivando a la familia a participar en diversos programas, prevención y control de las enfermedades y accidentes, nutrición, planificación familiar, saneamiento básico, etc.

Para estos programas deseamos poner en juego la estrategia de procurar la participación de las mujeres quienes podrían desempeñar diversos papeles: en primer término, como promotoras en vista de su mayor capacidad de penetración y su alto sentido de responsabilidad; en segundo término, como amas de casas, constituyen un elemento clave en la toma de decisiones en materia de salud en la vida familiar: de ellas dependen las conductas y los hábitos de alimentación, higiene y recreación; las relaciones de los hijos con el medio físico y social; la interacción del grupo familiar con el resto de la sociedad y la utilización adecuada de los servicios de salud que se les ofrecen. Por fin, la mujer también puede ser receptora de los servicios y como tal, utilizarlos en lo que se refiere a atención médica, planificación familiar, detección oportuna de cáncer femenino, nutrición, etc.

La actividad comunitaria, de esta manera, determinará un sólido avance en relación con uno de los principios más precisos de nuestras instituciones políticas, el de que "el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en el planeamiento y ejecución de sus cuidados de salud".

VII. AVANCES Y PERSPECTIVAS DE LA ASISTENCIA SOCIAL

LEOBARDO C. RUIZ-PEREZ*

La asistencia social en nuestro país permaneció por mucho tiempo prácticamente estancada, tanto en su concepción, como en la prestación de los servicios que ésta debe comprender.

A partir del siglo XVI y hasta ya muy avanzada la primera mitad del siglo XIX en nuestro país privaron formas feudales de relación económica y social, en virtud de las cuales una reducida parte de la población disfrutaba de todos los medios para colmar sus necesidades. El resto estaba incapacitado para atender ni medianamente los múltiples problemas que le aquejaban.

Los particulares por sí o a través de agrupaciones pías y de los órganos de la iglesia, acudían a mitigar la aflicción de los necesitados, con la intervención marginal de las instituciones gubernamentales.

* Director General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Con el movimiento de Reforma y el advenimiento del liberalismo, se producen hondas transformaciones en los modos de vida colonial, permitiendo el nacimiento de una burguesía, con lo que la sociedad tradicional fue adquiriendo una nueva estructura clasista.

Paralelamente a la beneficencia privada, el estado reconoce la obligación de concurrir al auxilio de los necesitados. Es así que se perfila el nacimiento de la beneficencia pública y el estado empieza a regular esta actividad. Sin embargo, las causas de la marginación se agudizan progresivamente hasta fines del siglo XIX.

Es en esas circunstancias del país cuando en 1899 se expide la primera ley de beneficencia privada.

Concluida la fase armada de la Revolución, el estado reorganiza la beneficencia pública, asignándole en 1920 los productos de la Lotería Nacional. En 1929, se funda como asociación civil la Asociación de Protección a la Infancia, para prestar asistencia a la niñez de escasos recursos.

Posteriormente, en 1937, el presidente Lázaro Cárdenas, crea la Secretaría de Asistencia Pública, a la que se le adscriben los establecimientos que correspondían a la beneficencia pública oficial. Seis años más tarde, en 1943, se crea la actual Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En 1961, nace el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, como órgano oficial, que sustituye a la Asociación de Protección a la Infancia, A.C.

En 1968, se constituye un organismo público descentralizado denominado Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, a fin de contribuir a resolver los problemas originados por el abandono y la explotación de los menores.

Posteriormente, en 1975, el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia absorbe las funciones del Instituto Nacional de Protección a la Infancia.

En 1977, al fusionarse el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, se crea como organismo público descentralizado el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Por disposición presidencial, en diciembre de 1982 se le asignan al sistema nuevas atribuciones para la atención de la niñez, de los ancianos y de los minusválidos, así como para el apoyo a las instituciones de asistencia privada, se le encomienda la responsabilidad de ejecutar los programas de asistencia social del gobierno federal y queda integrado al Sector Salud.

Con esta reestructuración, se establece una nueva concepción de la asistencia social, más acorde con la realidad y circunstancias del presente de México, para entenderla como el conjunto de acciones tendientes a convertir en positivas para la salud, las circunstancias adversas de carácter social que pueden impedir al hombre su realización como individuo, como miembro de una familia y de la comunidad, así como la protección física, mental y social a personas

en estado de abandono, de incapacidad o minusvalía, en tanto se logre una solución satisfactoria a su situación.

A partir de esa nueva concepción de la asistencia social, se han precisado dos grandes objetivos, uno orientado a los individuos como tales y el otro enfocado a la población desde el punto de vista de los agrupamientos básicos de la sociedad: la familia y la comunidad.

Así el primero de esos objetivos consiste en contribuir al bienestar de la población, al proporcionar servicios de 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 en lo social. El segundo objetivo, busca apoyar el desarrollo de la familia y el de la comunidad, fomentar la educación para la integración social, e impulsar el sano crecimiento físico y mental de la niñez.

Para aplicar este nuevo enfoque, se constituyó el subsector asistencia social, coordinado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y en el que participan por ahora, el Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Integración Juvenil.

Posteriormente y con el propósito de ampliar las perspectivas de actuación del subsector asistencia social en beneficio de los individuos y grupos más desprotegidos de la población, el señor secretario de Salubridad y Asistencia, dr. Soberón Acevedo, dispuso la incorporación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia a la Junta de Asistencia Privada y a la dependencia que administra el Patrimonio de la Beneficencia Pública.

Para precisar el rumbo que la actividad oficial en materia de salud habrá de seguir bajo la nueva perspectiva establecida por el Lic. Miguel de la Madrid, fue aprobada por el Honorable Congreso de la Unión y publicada en el Diario Oficial de la Federación, la Ley General de Salud.

El título noveno de esta nueva ley, está referido a la asistencia social, comprendiendo la prevención de invalidez y la rehabilitación de inválidos. Asimismo señala que son actividades básicas de asistencia social:

- La atención a personas que, por sus carencias socioeconómicas o por problemas de invalidez, se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo.
- La atención en establecimientos especializados, a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos.
- La promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud.
- El ejercicio de la tutela de los menores, en los términos de las disposiciones legales aplicables.
- La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos e inválidos sin recursos.

La realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social.

La promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencias, en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social que se lleven a cabo en su propio beneficio, y el apoyo a la educación y capacitación para el trabajo de personas con carencias socioeconómicas o limitaciones físicas y/o mentales.

Para poder llevar a cabo esas acciones, se procedió a su integración en grupos programáticos dentro del subsector asistencia social, y se han definido para el efecto, nueve categorías de programas.

De ese modo la asistencia social se encauza mediante el desarrollo de los programas de:

Integración social y familiar, para mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la sociedad, al fortalecer el núcleo familiar.

Asistencia social a desamparados, para asistir a la población en estado de abandono o en desventaja física, social o económica.

Asistencia educacional, para promover la alfabetización y ampliar la cobertura de la educación formal y no formal.

Un programa de rehabilitación, pues en este campo queda mucho por hacer en nuestro país; sin embargo, se han ampliado las perspectivas de actuación al haberse incorporado al subsector asistencia social las responsabilidades en materia de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos.

Por ello, se ha empezado a actuar entre otros aspectos, en los de investigación de las causas de la invalidez, la detección temprana y atención oportuna de los procesos que puedan causarla, la promoción de la participación de la comunidad en la prevención de las causas y factores de invalidez, y en la operación de establecimientos para la atención integral de los inválidos, incluyen do la adaptación de prótesis, ortesis y ayudas funcionales, a fin de desarrollar la máxima eficiencia de las capacidades de los minusválidos y conseguir la actitud y destreza que les permita integrarse productivamente a la sociedad.

Asistencia social alimentaria, para educar y orientar a la población en materia nutricional y modificar positivamente los hábitos de consumo, paralelamente a la distribución de raciones alimentarias a la niñez y a la población marginada.

Promoción del desarrollo comunitario, para estimular la participación organizada de la población a fin de mejorar sus niveles de vida y la satisfacción de sus necesidades básicas.

Asistencia jurídica, a fin de proporcionar servicios de orientación, asesoría y representación legal a los menores, ancianos y minusválidos sin recursos, así como a la familia y comunidades marginadas.

Desarrollo cívico, artístico y cultural, a fin de

promover una mayor identificación de la población con los valores nacionales y fortalecer la conciencia cívica de individuos y comunidades.

— Formación y desarrollo de recursos humanos e investigación, a fin de preparar o especializar personal profesional y técnico, en el campo de la asistencia social, así como de desarrollar investigaciones y tecnologías aplicables en las actividades de este subsector.

De ese modo, la asistencia social queda vinculada estrechamente y apoya la consecución de los objetivos señalados en el Plan Nacional de Desarrollo, en acatamiento a las directrices establecidas por el señor Presidente de la República.

Con los nueve tipos de programas mencionados, el subsector contribuye a la satisfacción de las necesidades básicas, objetivo prioritario del Ejecutivo Federal, pues se incide en los aspectos de educación, alimentación, salud, saneamiento de la vivienda, promoción para la preservación del medio ambiente y apoyo a los servicios de seguridad social.

Ya se ha señalado que el proceso de desarrollo de la asistencia social en nuestro país, fue sumamente lento; sin embargo, en poco más de un año de la presente administración, ha recibido el impulso más significativo en la historia, pues han quedado implantadas las nuevas bases y la estructura jurídica y administrativa. Corresponde ahora a los integrantes del subsector, la responsabilidad de desarrollar y poner en práctica las nuevas orientaciones en la materia, y de ese modo responder a la firme actitud en que se encuentra empeñado el gobierno de la República, para amparar a los individuos y sectores sociales más desprotegidos, y así alcanzar el objetivo prioritario de proteger la salud y satisfacer las necesidades básicas de todos los mexicanos.