

CAPÍTULO CUARTO

LAS DEPENDENCIAS QUE INTEGRAN EL SECTOR SALUD.	91
4.1. Secretaría de Salud.	92
4.2. Instituto Mexicano del Seguro Social.	94
4.3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	104
4.4. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.	108
4.5. Institutos Nacionales de Salud.	111

CAPÍTULO CUARTO

Las dependencias y entidades que integran el sector salud.

Las modalidades que ha adquirido la prestación de los servicios de salud en el marco de la sectorización iniciada desde 1977, han tenido distintas variantes y modificaciones.

La estructura del sector salud comprende a la Secretaría Salud como coordinadora del Sector y a las instituciones gubernamentales siguientes:

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los organismos desconcertados y los Institutos Nacionales de Salud. Los programas básicos que realizan estos organismos son: atención preventiva, capacitación de la población, saneamiento y mejoramiento del medio, formación y desarrollo de recursos humanos, investigación, desarrollo de la comunidad y alimentación familiar.

Cabe hacer mención que a pesar de que estos organismos públicos son los que abarcan una mayor cobertura a nivel nacional, existen otras instituciones de carácter privado y social que desarrollan actividades y funciones similares.

La importancia que reviste el conjunto de esfuerzos entre las instituciones que componen el sector salud, nos obliga a estudiar su estructura funcional y sus instituciones para

determinar en este sentido la viabilidad político-administrativa de fortalecer al Sistema Nacional de Salud.

4.1. Secretaría de Salud.

La política establecida en materia de atención a la salud, confiere a la Secretaría de Salud la función básica de coordinar los programas y acciones de las instituciones a ella sectorizadas.

En este sentido la Secretaría de Salud, debe contar con los mecanismos adecuados que le permitan cumplir cabalmente con esta función primordial.

La Secretaría de Salud, como coordinadora del sector salud según la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, los acuerdos de sectorización y el Programa Nacional de Salud, tienen como propósito fundamental, el de establecer y dictar la política general en materia de salud que deberán instrumentar las instituciones a ella sectorizadas para lograr una cobertura de los servicios de salud a nivel nacional. Esta política general, deberá ajustarse a las prioridades que fije en esta materia el Plan Nacional de Desarrollo.

Para el cumplimiento de este propósito, la Secretaría de Salud tendrá como funciones básicas las siguientes:

- a) Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de los relativo al saneamiento del ambiente y coordinar los programas de servicios a la salud de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.
- b) Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el D. F.
- c) Normar, promover y apoyar la impartición de asistencia médica y social a la maternidad y a la infancia, y vigilar la que se imparte por instituciones públicas o privadas.

- d) Actuar como autoridad sanitaria y vigilar el cumplimiento del Código Sanitario y sus reglamentos.
- e) Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que prestan las dependencias y entidades federales y promover su cumplimiento.
- f) Las demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos.
- g) Establecer y ejecutar planes y programas para la asistencia, prevención, atención y tratamiento a los discapacitados.

Para el cumplimiento de sus funciones, la Secretaría de Salud ha experimentado cambios sustanciales en su estructura orgánica, actualmente se conforma con tres dependencias que dependen directamente del C. Secretario: Dirección General de Asuntos Jurídicos, Dirección General de Comunicación Social, Contraloría Interna y la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud.

Cuenta con tres Subsecretarías con sus respectivas dependencias: Subsecretaría de Coordinación Sectorial, la cual se integra con las siguientes áreas: Secretariado del Consejo Nacional de Salud, Dirección General de Asuntos Internacionales, Dirección General de Enseñanza en Salud, Dirección General de Extensión de Cobertura.

Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades: Dirección General de Salud Reproductiva, Dirección General de Promoción a la Salud, Dirección General de Estadística e Informática.

Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario: Dirección General de Insumos para la Salud, Dirección General de Calidad Sanitaria de Bienes y Servicios, Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, Dirección General de Salud Ambiental.

Y la Oficialía Mayor que es integrada por: Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, Dirección General de Recursos Humanos, Dirección General de

Recursos Materiales y Servicios Generales, Dirección General de Obras Conservación y Equipamiento.

Esta reestructuración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia responde a la nueva política en materia de salud del gobierno mexicano, misma que se sustenta en tres pilares fundamentales:

La modernización administrativa, la descentralización y la sectorización.

Esta estructura obedece al programa de modernización cuyo propósito consiste en convertir a la dependencia en un organismo que haga de la planeación una labor cotidiana, fije las normas técnicas correspondientes y evalúe al sector salud, en tanto que la prestación de servicios sea proporcionada por los Servicios Coordinados de Salud Pública.

Esta organización de la Secretaría de Salud pretende responder a nuestro juicio, al compromiso del Estado de lograr una cobertura nacional de los servicios de salud y poder hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. Por lo que esta dependencia cuenta con cambios orgánicos y funcionales en la parte sustantiva, los cuales son congruentes con el Sistema Nacional de Salud y la Ley General de Salud.⁷⁵

Se ha considerado que mediante estas disposiciones se dará cumplimiento efectivo a los lineamientos del Programa Sectorial de Salud y que es consecuencia del nuevo párrafo constitucional que establece el Derecho a la Protección de la Salud y la Ley General de Salud que entró en vigor el 1º de julio de 1984.

4.2. Instituto Mexicano del Seguro Social

El Instituto Mexicano del Seguro Social es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y

⁷⁵ Revista Semanal *Siempre* No. 1617.

patrimonio propio, cuyo objetivo fundamental consiste en establecer y desarrollar los programas de seguridad social, para todos los trabajadores protegidos por la Ley Federal del Trabajo, que incluyen: prestaciones económicas y sociales, actividades recreativas y culturales, así como la asistencia médica para el trabajador y sus familiares. Es una organización tripartita, en donde se encuentran los esfuerzos conjuntos de los empresarios, trabajadores, y gobierno.

La conducción tripartita del Instituto se manifiesta en la labor de los órganos superiores; la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y el Comité Técnico del Sistema de Ahorro para el Retiro.

Dentro de la estructura orgánica institucional se han establecido dos niveles fundamentales: el nivel central de carácter normativo y el delegacional de funciones operativas.

Además de la atención al derechohabiente, recientemente se ha incorporado especialmente en el rubro de la atención a la salud, a mexicanos no asegurados a través de los programas de Solidaridad del IMSS, con el fin de brindar la protección mínima a aquellos grupos que han permanecido al margen del desarrollo nacional, debido a que no tienen una capacidad contributiva para incorporarse a este régimen de seguridad social. Estos servicios son de atención primaria (atención de enfermedades generales y accidentes), enfocándose además hacia acciones sanitarias, de promoción de la salud y de medicina preventiva.⁷⁶

El Instituto atiende a cerca de nueve millones y medio de asegurados, que junto a sus familiares derechohabientes alcanza la cifra de treinta y siete millones de personas que gozan de todos los servicios que otorga la institución y, once millones de solidariohabientes en las distintas unidades médicas.

⁷⁶ *Semblanza Histórica del Instituto Mexicano del Seguro Social.*

El Instituto Mexicano del Seguro Social inició sus funciones integradoras de la responsabilidad compartida de los factores de la producción en enero de 1944, con la implantación de tres seguros obligatorios que contempla la Ley del Seguro Social: de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; de enfermedades no profesionales y maternidad; y el de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.

Los resultados de la acción del IMSS como un sistema diseñado para proteger a los trabajadores y familiares contra los riesgos que implicaba la industrialización del país, se manifestaron pronto al convertirse en un instrumento eficaz para establecer la paz social y estabilidad nacional necesarias para la reactivación económica.

Para responder a los cambios sociales, económicos, políticos y culturales, el Instituto se ha transformado a través de las diferentes etapas de la vida nacional.

Actualmente, la estructura orgánica de la institución enfrenta un reto singular para paliar la crisis y brindar de manera eficiente una seguridad social que proteja a los trabajadores de los efectos, provocados por la globalización económica. Por ello, el Instituto se organiza con una Dirección General de la cual dependen seis direcciones y una Secretaría General y sus Coordinaciones correspondientes.

La Dirección de Prestaciones Médicas se integra con la coordinación de: Salud comunitaria; Salud reproductiva y materno-infantil; Salud en el Trabajo; Atención Médica; Educación Médica; e Investigación Médica.

De la Dirección de Prestaciones Económicas y sociales dependen la coordinación de: Prestaciones económicas; Guarderías; y Prestaciones Sociales.

La Dirección de Afiliación y Cobranza cuenta con tres coordinaciones: Afiliación, Vigencia; Cobranza; y Auditoría a patrones.

La Dirección de Finanzas y Sistemas con las siguientes coordinaciones: Tesorería General; Informática; Modernización; Estudios Financieros y Control Inmobiliario y Contabilidad, Presupuesto y Evaluación Financiera.

La Dirección Administrativa se integra por la coordinación de: Personal y Desarrollo; Relaciones Contractuales; Abastecimiento; Construcciones, Conservación y equipamiento; y Servicios Generales.

Finalmente, la Dirección Jurídica está integrada por las Coordinaciones de Evaluación y Consulta y la Normativo Contenciosa.

La Secretaría General cuenta con dos dependencias: la Prosecretaría del H. Consejo Técnico y la Unidad de Asuntos Internacionales.

De acuerdo a la política nacional en materia de salud, las actividades del Instituto Mexicano del Seguro Social se han enfocado a la ampliación de la cobertura aprovechando al máximo los recursos y otorgando prioridad a las regiones y grupos de trabajadores con relación formal de trabajo que aún no se encuentran protegidos y a cubrir mayores municipios y ramas industriales.

En este orden de ideas la actividad del instituto se aboca a la Administración de los Seguros:

- Riesgos de Trabajo.
- Enfermedades, Maternidad.
- Invalidez y Vida.
- Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y,
- Guarderías y prestaciones sociales.

Seguro de Riesgo de Trabajo.

- En la actual legislación, al trabajador que se le declare incapacidad permanente total o parcial, tiene derecho a contratar un seguro de sobrevivencia o de renta vitalicia,

con el objetivo de otorgarle los beneficios de pensiones y demás prestaciones, a sus beneficiarios, en caso de fallecimiento por el mismo riesgo de trabajo; o bien, el pago de una pensión al trabajador solamente en el caso que la incapacidad se declare permanente parcial. El trabajador elegirá la institución de seguros en la cual contratará dichos seguros.

- Si al momento de producirse el riesgo de trabajo, el asegurado hubiera cotizado cuando menos 180 semanas, el seguro de sobrevivencia o renta vitalicia, también cubrirá el fallecimiento de éste por causas distintas al riesgo de trabajo o enfermedades profesionales.
- Si el riesgo de trabajo trae como consecuencia la muerte del asegurado, el IMSS calculará el monto constitutivo, al que se le restarán los recursos acumulados en la cuenta individual del trabajador fallecido a efecto de determinar la suma asegurada, que el IMSS deberá a la institución de seguros, necesaria para obtener una pensión, ayudas asistenciales y demás prestaciones económicas.

La cuantía de las pensiones por incapacidad permanente total o parcial, será actualizada anualmente en el mes de febrero, conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor correspondiente al año calendario anterior. La ley anterior, señalaba que las pensiones de este tipo serían revisadas únicamente cada vez que se modificaran los salarios mínimos, incrementadas con el mismo porcentaje que correspondiera al salario mínimo general en el D.F.

Para los efectos de la fijación de las primas a cubrir por el seguro de riesgo de trabajo, las empresas deberán calcular sus primas, multiplicando la siniestrada de la empresa, por un factor de prima y al producto se le sumará el 0.0025; el resultado será la prima a aplicar sobre sus salarios de cotización. La ley anterior señalaba que las empresas serían clasificadas y agrupadas de acuerdo con su actividad y a una tabla ya existente, para la fijación de las primas.

Seguro de Enfermedades y Maternidad.

El subsidio de dinero que se otorgue a los asegurados en este ramo, será igual al 60% del último salario diario de cotización; el subsidio se pagará por períodos vencidos que no excederán de una semana, directamente al asegurado o a su representante debidamente acreditado. En la ley anterior el subsidio se otorgaba conforme a una tabla o tabulador, pudiendo ser mayor o menor al 60% actual.

Las prestaciones del ramo de enfermedades, se financiarán de la siguiente manera:

Por cada asegurado se pagará mensualmente una cuota diaria patronal equivalente al 13.9% de un salario mínimo general diario para el D.F., se cubrirá además una cuota adicional patronal equivalente al 6% y otra obrera del 2%; el gobierno federal cubrirá mensualmente una cuota diaria para cada asegurado, equivalente al 13.9% de un salario mínimo general para el D.F., la cantidad se actualizara trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor. En la ley anterior los patrones y trabajadores cubrían este seguro con cuotas del 8.75% y el 3.125%, sobre el salario diario base de la cotización, respectivamente, el Estado aportaba el 7.143% del total de las cuotas patronales.

Seguro de Invalidez y Vida.

Cuando una persona tuviera derecho de dos o más de las pensiones establecidas por la ley, por ser simultáneamente asegurado y beneficiario de otro u otros asegurados, recibirá en su caso, la pensión de acuerdo a los recursos acumulados en la cuenta individual que corresponda. En la ley anterior, la suma de las cuantías de las pensiones no excedería del 100% del salario promedio del grupo mayor, entre los que sirvieron de base para determinar la cuantía de las pensiones concedidas. Y en caso que rebasara ese porcentaje, la disminución se haría de la pensión de mayor cuantía.

Cuando cualquier pensionado traslada su domicilio al extranjero, podrá continuar recibiendo su pensión mientras dure su ausencia, conforme a lo dispuesto por convenio internacional, o que los gastos administrativos de traslado de los fondos corran por cuenta del pensionado. Esta disposición será aplicable a los seguros de riesgo de trabajo, invalidez y vida, retiro cesantía en edad avanzada y vejez. En la ley anterior si el pensionado trasladaba su domicilio al extranjero se suspendía su pensión mientras duraba su ausencia, si su residencia era permanente, a su solicitud el IMSS le entregaría el importe de dos anualidades de su pensión.

En la actual ley, será necesario la declaración única y exclusivamente de la invalidez por parte del IMSS. En la anterior ley, no era necesaria la declaración del IMSS.

El estado de invalidez da derecho al asegurado, al otorgamiento entre otras cosas de la pensión temporal, pensión definitiva, asignaciones familiares, asistencia médica y ayuda asistencial. Sin embargo, la diferencia con la anterior ley se da en el sentido que las pensiones ya no serán otorgadas por el IMSS, sino por la institución de seguros elegida por el trabajador.

Para gozar de las prestaciones del ramo de invalidez se requiere que al declararse ésta, el asegurado tenga acreditado el pago de 250 semanas de cotización. En la ley anterior, solamente se requerirá acreditar el pago de 150 semanas de cotización, además la ley de 1997, adiciona que en caso que el dictamen determine el 75% de invalidez, sólo se requiere que tenga acreditado 150 semanas de cotización.

Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

Para los efectos de cada ley existe cesantía en edad avanzada cuando cada asegurado quede privado de los trabajos remunerados después de los 60 años; pero para gozar de este ramo se requiere que el asegurado haya

cotizado un mínimo de 1250 semanas. En la ley anterior no se necesitaba de un mínimo de cotizaciones.

El asegurado podrá pensionarse antes de haber cumplido la edad establecida, siempre y cuando la pensión que se le calcule en el sistema de renta vitalicia sea superior al 30% de las pensiones garantizadas, a su vez cubierta la primera del seguro para sus beneficiarios.

Para tener derecho al goce de las prestaciones del seguro de vejez, se requiere que el asegurado haya cumplido 65 años y tenga un mínimo de 1250 cotizaciones semanales. En la ley anterior, solamente se requería de 580 semanas cotizadas. Los asegurados que reúnen lo establecido por la ley de 1997 podrán disponer de su cuenta individual con el objeto de disfrutar de una pensión de vejez. Para tal objeto podrá optar por la contratación en la compañía de seguros publica, social o privada de su elección una renta vitalicia, que se actualizara anualmente el mes de febrero conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor, o bien, mantener el saldo de su cuenta individual en la Administradora de Fondos para el Retiro y efectuar con cargo a ésta, retiros programados.

Es derecho de todo trabajador asegurado contar con una cuenta individual. Los patrones y el gobierno federal, en la parte que les corresponde están obligados a enterar al Instituto el importe de las cuotas obrero-patronales y la aportación estatal del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez. Dichas cuotas se recibirán y se depositarán en las respectivas subcuentas de la cuenta individual de cada trabajador.

Los recursos depositados en la cuenta individual son de su propiedad, son inembargables y no podrán otorgarse como garantía.

La pensión garantizada es aquella que el Estado asegura, a los trabajadores que reúnen los requisitos de ley, y su monto mensual será equivalente a un salario mínimo general para el D.F.

Agotados los recursos de la cuenta individual, la Administradora de Fondos para el Retiro, notificará el hecho al Instituto con la finalidad de que éste continúe otorgando la pensión mínima garantizada. Una vez agotados los recursos, la pensión será cubierta directamente por el Instituto con lo recursos que le proporcione el gobierno federal.

La individualización y administración de los recursos de las cuentas individuales para el retiro estarán a cargo de las Administradoras de Fondos para el Retiro, éstas deberán contar, para su constitución y funcionamiento, con autorización de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el retiro, sujetándose en cuanto a su contabilidad, información, sistema de comercialización y publicidad a los términos de la ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

El patrón entregará bimestralmente a los sindicatos o al trabajador, una relación de las aportaciones a las cuentas individuales, siendo el trabajador el único que puede elegir la Administradora de Fondos para el Retiro en que operara dicha cuenta individual. En el caso de que el trabajador tuviera varias cuentas, tiene la obligación de promover un procedimiento de unificación. Por tanto, cuando el patrón contrate a un nuevo trabajador, deberá solicitar su número de seguridad social y el nombre de la administradora que opere su cuenta individual.

Las Administradoras de Fondos para el Retiro, operarán las sociedades de inversión especializada de fondos para el retiro, ésta será la responsabilidad de la inversión de los recursos de las cuentas individuales de los trabajadores. Las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro se sujetarán para su constitución, organización, funcionamiento, régimen de inversión, tipos de valores, publicidad, sistemas de comercialización y contabilidad a lo establecido por la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. La inspección y vigilancia de las Administradoras de Fondos para el Retiro y de las sociedades de inversión especializada de fondos para el

retiro será realizada por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

Los gastos que genere el sistema de emisión, cobranza y control de aportaciones a las cuentas individuales de los trabajadores serán cubiertos al Instituto por la Administradora de Fondos para el Retiro, en los términos que establezca la ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

Durante el tiempo en que el trabajador deje de estar sujeto a una relación laboral, tendrá derecho a: Realizar aportaciones a su cuenta individual y retirar de su subcuenta de retiro, de cesantía en edad avanzada y vejez la cantidad que resulte menor entre 75 días de su propio salario base de cotización de las últimas 250 semanas el 10% del saldo de la propia subcuenta, a partir del 46 día natural contando desde el día en que quede desempleado; este derecho solo podrán ejercerlo los trabajadores, que acrediten con los estados de cuenta correspondientes no haber efectuado retiros durante los cinco años inmediatos anteriores a la fecha citada. El trabajador deberá presentar la solicitud correspondiente.

Los trabajadores tendrán el derecho de realizar aportaciones voluntarias, a su cuenta individual, al igual que el patrón, siendo estas aportaciones adicionales. Dicho trabajador podrá retirar estas aportaciones adicionales o voluntarias, cada seis meses.

Para efectos del retiro programado se calculará cada año una anualidad que será el resultado de dividir el saldo de su cuenta individual entre el capital necesario para financiar una unidad de renta vitalicia para el asegurado y sus beneficiarios, y por lo menos, igual al valor correspondiente a la pensión garantizada, la pensión mensual corresponderá a la 12^a parte de dicha anualidad. Las tablas utilizadas para calcular la unidad de renta vitalicia a que se refiere este

artículo se elaboran anualmente la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas.

La disolución y la liquidación de las Administradoras de Fondos para el Retiro y sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro se sujetaran a la legislación aplicable, así como a las disposiciones administrativas que expida la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro para salvaguardar los derechos de los asegurados en los términos de esta ley.

Para los efectos de esta sección, la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro proveerá las disposiciones administrativas que sean necesarias para lograr el eficaz cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta ley.

Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales.

En lo que se refiere a las prestaciones del ramo de guarderías, en esta ley de 1997, se estipula que no solamente se otorgará a las madres trabajadoras, sino también, a los viudos o divorciados que conservan la custodia de sus hijos menores.

4.3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), es un organismo público descentralizado y bipartita con personalidad jurídica y patrimonio propio. Este instituto fue creado por la Ley del 31 de diciembre de 1959.

Tiene como propósito fundamental prestar servicios sociales a los trabajadores al servicio de la Federación, a los trabajadores de organismos públicos que por Ley o por Acuerdo Presidencial sean incorporados a su régimen, a los pensio-

nistas de las dependencias y organismos referidos anteriormente, a los senadores y diputados que integran el H. Congreso de la Unión durante el tiempo de su mandato Constitucional, siempre que hayan acordado individual y voluntariamente su incorporación al régimen de seguridad social del Instituto. En otras palabras, el ISSSTE incorpora a todos aquellos trabajadores y derechohabientes, que se rigen por el apartado B del artículo 123 constitucional y por la Ley del ISSSTE.⁷⁷

El Instituto ampara a cinco millones cien mil derechohabientes que representan el 7.2% de la población total del país ya que protege a dos millones de trabajadores al servicio del Estado.

Las prestaciones con carácter obligatorio proporcionadas por la Institución son de asistencia médica y seguridad social y fondo de pensiones a sus derechohabientes y se detallan a continuación:

- Seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad.
- Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Servicios de reeducación y readaptación de inválidos.
- Promociones que mejoren la preparación técnica y cultural que activen las formas de sociabilidad del trabajador y su familia.
- Créditos para la adquisición en propiedad de casas o terrenos para la construcción de las mismas, destinadas a la habitación familiar del trabajador.
- Arrendamiento de viviendas económicas pertenecientes al Instituto.
- Préstamos hipotecarios.
- Préstamos a corto plazo.
- Jubilación.

⁷⁷ Semblanza Histórica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, *Cronología de la Salud* 1984.

- Seguro de vejez.
- Seguro de invalidez.
- Seguro por causa de muerte.
- Indemnización Global⁷⁸

La estructura orgánica del Instituto se integra de las siguientes unidades:

Dirección General:

Contraloría General integrada por la Subsecretaría de Auditoría y la Subcontraloría de Procedimientos y Responsabilidades.

La Subdirección General Médica cuenta para su desempeño con cuatro Subdirecciones: Técnica; de Hospitales Regionales y Generales; de Medicina Familiar, Preventiva y Programas para la Salud; y de Enseñanza e Investigación.

Subdirección General de Prestaciones Económicas se integra con las siguientes Subdirecciones de Pensiones; otorgamiento de Crédito; Recuperación de Crédito; Seguridad e Higiene en el Trabajo, Control y Servicios de Información; Afiliación Vigencia.

La Subdirección General de Protección al Salario cuenta con seis Subdirecciones de: Abasto; Coordinación Operativa; Productividad y sistemas; Recursos Financieros; Operación del Valle de México; y Servicios y Protección Comercial.

La Subdirección General de Servicios Sociales y Culturales se integra por las Subdirecciones: de Servicios Sociales; Acción Cultural; Fomento Deportivo; Servicios Turísticos.

La Subdirección General Jurídica está compuesta por las siguientes Subdirecciones de: Lo Contencioso; Lo Consultivo; Notariado y Bienes Inmuebles.

⁷⁸ *Idem.*

La Subdirección General de Administración contiene a las Subdirecciones de: Recursos humanos; Relaciones Sindicales; Capacitación y Servicios Educativos; Informática y de Servicios Generales.

La Subdirección General de Obras y Mantenimiento está integrada por las Subdirecciones de: Contratación y Costos; Proyectos y Patrimonio Inmobiliario; Obras; Conservación y Mantenimiento; Control y Apoyo Operativo.

La Subdirección General de Finanzas tiene las subdirecciones siguientes: de Planeación Financiera y Evaluación Institucional; Programación y Presupuesto; Tesorería General; y de Contaduría.

La Subdirección General de Abastecimientos se integra por las Subdirecciones de: Programación y Normatividad; Adquisiciones; Almacén y Suministro.

Esta institución ha venido orientando sus acciones al mejoramiento de la organización de los servicios, buscando una mayor productividad y eficacia, así como a promover la desconcentración de funciones y recursos. Los avances en este sentido aún son reducidos, por lo que se manifiesta la necesidad de intensificar esfuerzos para lograr un esquema orgánico y funcional desconcentrado y mejorar significativamente la atención médica.

Durante el año de 1983 se diseñó un programa de conservación y mantenimiento del equipo médico y de las instalaciones físicas, así como la realización de estudios para cuantificar las necesidades de reposición de equipo en las unidades médicas, sobre todo las que tienen más tiempo construidas.

La atención del primer nivel se encontraba descuidada, principalmente en los estados, motivo por el cual se iniciaron estudios para conocer la problemática y cuantificar los requerimientos para lograr una óptima operación de los consultorios de medicina general y normar el tipo de servicio que deben ofrecer.

Es importante la celebración de convenios de subrogación de servicios con el IMSS, a fin de facilitar el acceso de la población sujeta al régimen de seguridad social a la atención que presta cada una de estas instituciones.

El Programa Operativo Anual 1985, dentro de la síntesis evaluativa de la problemática de la salud, señala como acciones principales durante 1984 las siguientes:

- "Impulsar las actividades de conservación y mantenimiento de las instalaciones y equipo médico, así como la sustitución del equipo obsoleto de las unidades médicas que tienen más tiempo de operación.
- Consolidar el primer nivel de atención, otorgando especial relevancia a la ampliación de los servicios de atención preventiva.

Determinar criterios de transferencia de enfermos por niveles de atención.

- Promover el programa de desconcentración.
- Establecer la congruencia entre instalaciones, personal y equipo médico.
- Definir un programa de medicina del trabajo y salud ocupacional.
- Establecer procedimientos para prestar especial atención a menores, jubilados y minusválidos.
- Promover la modernización de los sistemas de suministros y control de insumos médicos.
- Establecer normas para el control de la subrogación de servicios hospitalarios y de medicamentos".⁷⁹

4.4 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios. Como se observó en el capítulo primero, con su creación se funden en una sola institución los propósitos de la Institución Mexicana de Asistencia a la

⁷⁹ *Programa Operativo Anual 1985*, pp. 22 - 23.

Niñez y del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia, realizando de esta manera, las actividades de ambas instituciones sin interferencias ni duplicaciones.

Esta institución tiene como propósito fundamental, promover el bienestar social y prestar al efecto servicios de asistencia social, conforme a las normas de la Secretaría de Salud; apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad; fomentar la educación, para la integración social; impulsar el sano crecimiento físico-mental de la niñez; proponer a la dependencia que administre el Patrimonio de la Beneficencia Pública programas de asistencia social que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen; atender las funciones de auxilio a las instituciones de asistencia privada que le confíe la dependencia competente, con sujeción a lo que disponga la ley relativa; operar establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos desamparados y de minusválidos sin recursos; realizar estudios e investigaciones sobre los problemas de la familia, de los menores, de los ancianos y los minusválidos; prestar servicios de asistencia jurídica y de orientación social a los menores, ancianos y minusválidos sin recursos; intervenir en el ejercicio de la tutela de los menores que corresponda al Estado, en los términos de la ley respectiva; auxiliar al ministerio público en la protección de incapaces y en los procedimientos civiles y familiares que les afecten, de acuerdo con la ley.⁸⁰

De conformidad con lo establecido en el Manual General de Organización del DIF, actualmente su estructura orgánica se integra por las unidades administrativas siguientes:

Dirección General:

De la Dirección General dependen las siguientes Subdirecciones para realizar el cumplimiento de los objetivos en materia de asistencia social que establece el Plan Nacional de Desarrollo; a través de la administración de los recursos asignados al organismo.

⁸⁰ *Manual de Organización del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia* 1984.

La Dirección General se integra por las siguientes Subdirecciones: de Desarrollo; General de Operación Comunitario; de Concertación con los Estados; de Apoyo Alimentario en Centros Interinstitucionales; y de Orientación y Evaluación de Proyectos Alimentarios.

La Subdirección General de Asistencia y Concertación tiene las Subdirecciones de: Rehabilitación; Asistencia Social; Coordinación de Programa; Promoción Comunitaria; y del Programa de Desarrollo Integral del Adolescente.

La Oficialía Mayor está integrada por las siguientes Direcciones: de Recursos Humanos; de Programación, Organización y Presupuesto; de Recursos Materiales y Servicios Generales.

La Contraloría Interna tiene dos Subcontralorías: de Normatividad y Control y de Auditoría y Supervisión.

A partir de 1982, el Ejecutivo federal emite un acuerdo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1982, por lo que se dispone que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en cumplimiento de las disposiciones legales que le son aplicables, debe integrarse al sector salud. Esta integración del DIF se sujeta al "Acuerdo por el que las entidades de la administración pública paraestatal se agrupan por sectores a efecto de que sus relaciones con el Ejecutivo federal, se realicen a través de las Secretarías de Estado o Departamento Administrativo correspondiente".⁸¹

Entre los considerandos que se aplican para integrar al DIF al sector salud destacan los siguientes: "Que es el propósito del Gobierno de la República acelerar el proceso de establecimiento de un Sistema Nacional de Salud, conducido por la autoridad sanitaria, que permita un uso más productivo

⁸¹ Acuerdo por el que las entidades de la Administración Pública Federal se agrupan por sectores. *Diario Oficial de la Federación*, 3 de noviembre de 1982.

de los recursos que destina la sociedad a esa actividad; que es conveniente que los programas de asistencia social del Gobierno de la República se racionalicen encomendándoselos a una entidad eficiente como lo es el sistema, bajo la orientación normativa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; que la capacidad técnica y administrativa del sistema permitiría que, junto con la mencionada dependencia, se proporcione a las instituciones de asistencia privada el apoyo necesario para que se multipliquen los beneficios de su actividad altruista y que para que el sistema pueda hacer frente a su nueva responsabilidad es necesario consolidar su estructura orgánica...”.

La totalidad de las actividades del Instituto, giran alrededor de cinco programas dirigidos específicamente al bienestar social: Medicina Preventiva y Nutrición, Educación, Promoción Social, Desarrollo de la Comunidad y Alimentación Familiar.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, cuenta en la actualidad con diez mil doscientos cincuenta empleados y da servicio a un poco más de cuarenta y cinco mil personas (datos de 1982.)

“La labor que realiza el DIF se orienta principalmente a solucionar las causas profundas que originan los problemas y no tan solo sus manifestaciones más apremiantes. También al Sistema le corresponde preservar los valores éticos, morales y socioculturales que garantizan la solidez e integración de la familia en el presente y el futuro de México”.⁸²

4.5. Institutos Nacionales de Salud

Instituto Nacional de Cancerología. Se creó como organismo público descentralizado a principios del gobierno del pre-

⁸² Semblanza Histórica del DIF. *Cronología de la Salud*, 1984.

sidente Miguel Alemán, el 18 de diciembre de 1946 para otorgar servicios de atención especializada, efectuar investigaciones en salud, formar y desarrollar recursos humanos de alto nivel profesional para la salud; así como brindar asistencia el paciente canceroso de escasos recursos económicos.

Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". Fue creado como organismo público descentralizado el 18 de abril de 1944 durante el gobierno del General Manuel Ávila Camacho, con la finalidad de otorgar servicios de atención médica especializada y realizar estudios de investigación y dominio de las enfermedades del corazón.

Instituto Nacional de Pediatría. Fue creado el 19 de abril de 1983 como organismo público descentralizado durante el gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado, con la finalidad de efectuar investigaciones clínicas, epidemiológicas y básicas en las distintas disciplinas que componen la pediatría, así como impartir enseñanza para la formación de recursos humanos en las disciplinas orientadas a la atención de la salud infantil, actuando como órgano de consulta en pediatría, prestando el asesoramiento que la Secretaría de Salud le solicite en las distintas disciplinas que fomenta el Instituto.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez". Creado como un organismo público descentralizado el 27 de febrero de 1952 durante el gobierno de Miguel Alemán Valdés, para otorgar servicios de atención especializada, formando especialistas en neurología, neurocirugía y psiquiatría, favoreciendo y estimulando la investigación clínica y básica.

Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". El 22 de Octubre de 1946, fue creado como organismo público descentralizado durante el gobierno del General Manuel Ávila Camacho, para otorgar servicios de atención médica especializada, proporcionando atención médica-quirúrgica especializada a personas adultas con padecimientos rela-

cionados con la nutrición humana, efectuando investigaciones clínicas y básicas en las disciplinas biomédicas vinculadas con problemas nacionales de salud y relacionadas con la nutrición humana e impartiendo enseñanzas de alto nivel para la formación de recursos humanos en las disciplinas médicas afines y en las de la nutrición humana y actuando como órgano de consulta de las distintas dependencias y entidades públicas en materia de alimentación y nutrición.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Fue creado el 14 de enero de 1982, como organismo público descentralizado durante el gobierno de José López Portillo, para desarrollar y promover investigación básica y aplicada para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias e impartiendo enseñanza de posgrado a profesionales médicos y contribuir a la formación de enfermeras, técnicos y auxiliares en el campo de las enfermedades respiratorias.

Instituto Nacional de Perinatología. Fue creado el 19 de abril de 1983, como organismo público descentralizado, durante el gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado, para otorgar servicios de atención médica especializada proporcionada a mujeres con embarazo de alto riesgo, así como servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo humano, realizando investigaciones clínicas y básicas en las disciplinas biomédicas vinculadas a la perinatología, impartiendo docencia para la formación de recursos humanos en el campo de la perinatología y actuando como órgano de consulta de las distintas dependencias y entidades públicas en materia perinatológica.

Instituto Mexicano de Psiquiatría. Fue creado durante el gobierno de José López Portillo, el 26 de diciembre de 1979, como organismo público descentralizado, realizando investigaciones científicas en el campo de la psiquiatría y la salud mental, formando al personal capaz de llevarlas a cabo, adiestrando a profesionistas y técnicos y haciendo el estudio integral de los enfermos psiquiátricos y fungiendo como

asesor de otros organismos oficiales y privados en la materia de su competencia.

Instituto Nacional de Salud Pública. Fue creado el 26 de enero de 1987 como organismo público descentralizado durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari, para elevar la calidad académica de la educación superior en salud pública mediante el apoyo de la investigación, reforzando la investigación en salud pública e infectología mediante la formación de recursos humanos, racionalizando el uso de recursos asignados a la Escuela de Salud Pública al Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas y al Centro de Investigaciones en Salud Pública mediante el desarrollo de una infraestructura común de apoyo metodológico, académico y administrativo.

Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos "Dr. Manuel Martínez Báez". Fue creado el 18 de mayo de 1939 e inaugurado con el nombre de Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari, en 1989 se cambió el nombre por el de Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, "Dr. Manuel Martínez Báez" para generar y difundir información estratégica para contribuir a la erradicación, eliminación o control epidemiológico de problemas prioritarios de salud.

Instituto Nacional de la Comunicación Humana "Dr. Andrés Bustamante Gurría". Durante el gobierno de Miguel Alemán Valdés en 1952, la Secretaría de Salubridad y Asistencia creó el Instituto Nacional de Audiología y Foniatria; una modificación interior de su estructura lo transforma en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. Proporcionando atención a los enfermos con problemas de comunicación, y facilitando el diagnóstico y tratamiento, rehabilitación e investigación de los padecimientos que afectan a la audición, la voz y el lenguaje.

Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación. Fue creado el 12 de abril de 1976 como órgano desconcentrado durante

el gobierno de Luis Echeverría Alvarez, sus objetivos: investigar las causas, mecanismos y repercusiones de la invalidez, así como los métodos y procedimientos para su prevención y tratamiento en sus diversas formas; formar y capacitar recursos humanos en rehabilitación, tanto profesionales como técnicos; normar las acciones de rehabilitación integral de los inválidos del sistema neuromuscoloesquelético que se llevan a cabo en las dependencias afines.

Instituto Nacional de Ortopedia. Fue creado en 1976 como órgano descentralizado durante el gobierno de Luis Echeverría Alvarez, para atender enfermedades y lesiones del sistema neuromuscoloesquelético, en cirugía, rehabilitación, servicios paramédicos y enseñanza e investigación.

Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. En junio de 1981, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, creó este Centro. En 1988 se dio el carácter de órgano administrativo descentralizado, cuyos objetivos son: normar, coordinar y vigilar todas las acciones relativas a las transfusiones de sangre que se llevan a cabo en nuestro país, a fin de que la medicina transfusional disponga de sangre y de sus componentes con calidad certificada.

Consejo Nacional de Vacunación. El 22 de enero de 1991, se crea por Decreto Presidencial como instancia de coordinación y consulta, teniendo como objetivo principal promover, apoyar y coordinar las acciones del Programa de Vacunación Universal, el cual es una medida de interés nacional de carácter obligatorio, orientado prioritariamente hacia la población con menor desarrollo social y económico del país.

El Programa de Vacunación Universal 1995-2000 se ha elaborado con la participación de las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud, enmarcado en las directrices del Plan Nacional de Desarrollo, atendiendo los compromisos nacionales ante el seno de organismos internacionales,

como la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Es importante mencionar que el Consejo Nacional de Vacunación contempla cuatro programas: Programa de Vacunación Universal, Planificación Familiar, Enfermedades Diarréicas e Infecciones Respiratorias Agudas.

En el mes de mayo de 1997, se crea el "Programa de Atención a la Salud del Niño", cuya revisión con el propósito de darlo a conocer oficialmente se realizó en el mes de enero de 1998.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Por decreto del Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León, de fecha 31 de mayo de 1996, y publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 3 de junio de 1996, se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, plantea el mejorar la calidad de los servicios médicos, la reestructuración de las instituciones, así como atender las legítimas demandas de los usuarios para que los servicios médicos sean prestados con mayor calidad y eficiencia.

Que los mexicanos reciban servicios médicos en los que participen instituciones públicas y privadas, así como profesionales de la salud que ejerzan libremente su actividad, con el objeto común de proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes del país.

En las actuales circunstancias resulta necesario que la población cuente con mecanismos que, sin perjuicio de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyan a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la presentación de los servicios médicos. Para tal objeto, es pertinente contar con órgano al cual puedan acudir los usuarios y prestadores de servicios

médicos para dilucidar, en forma amigable y de buena fe, posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios, con lo cual se contribuirá a evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos. De igual manera, es indispensable que esa instancia especializada, garantice a los usuarios y prestadores de servicios médicos, la imparcialidad en los análisis, dictamen y resolución en las controversias que conozca.

Para la creación de un órgano administrativo con autonomía técnica para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades en la prestación o negativa de prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos o laudos, que respondan a los legítimos reclamos de los actores de la relación que genera la prestación de servicios médicos.