

I. TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (STPS)

El sector laboral es coordinado por la secretaría del trabajo y previsión social (STPS). El primer despacho encargado de los asuntos laborales fue el departamento del trabajo, dependiente de la secretaría de fomento, colonización e industria, creado por ley del 31 de diciembre de 1911. Más tarde, en diciembre de 1917 la oficina pasó a formar parte de la secretaría de industria, comercio y trabajo. La importancia creciente de los problemas relacionados con el bienestar de los trabajadores dio lugar a que en 1940 la ley de secretarías y departamentos de estado, creara la secretaría de trabajo y previsión social que desde entonces se ocupa de los asuntos relacionados con la política laboral, la defensa de los salarios y otras cuestiones que atañen a la previsión social de los trabajadores.

Antecedentes

La secretaría de trabajo y previsión social tiene como propósito promover el empleo equitativo y remunerable y velar por el cumplimiento de las condiciones generales de trabajo; y, proteger la capacidad adquisitiva del salario de los trabajadores. Para ello la secretaría interviene como árbitro y juez en las negociaciones contractuales, organiza, capacita y asesora a los trabajadores y a sus organizaciones, promueve el desarrollo cultural y la recreación de los asalariados y de sus familias e interviene en materia de seguridad social.

Misión

Esta dependencia está organizada de la manera siguiente:

Estructura orgánica

Un secretario;

Dos subsecretarías: del trabajo; y, de capacitación, productividad y empleo;

Tres coordinaciones generales: de funcionarios conciliadores; de asuntos internacionales; y, de delegaciones;

Una coordinación: de políticas, estudios y estadísticas del trabajo;

Dos unidades: de comunicación y de contraloría;

Una junta federal de conciliación y arbitraje;

Una procuraduría de la defensa del trabajo;

Una oficialía mayor;

Doce direcciones generales.

(Para mayor detalle ver el Manual, INAP 2000).

Marco jurídico

En adición a las disposiciones constitucionales, que requieren comentario por separado, y la LOAPF, las normas que se relacionan directamente con la actividad de esta dependencia son:

Ley federal del trabajo;

Ley del instituto del fondo nacional de vivienda para los trabajadores;

Ley del seguro social;

Ley federal de protección al consumidor;

Ley del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores al servicio del estado.

Entidades sectorizadas

I. Organismos descentralizados

Comisión Nacional de los Salarios Mínimos.

II. Fideicomisos y Fondos

Fondo de Fomento y Garantía para el Consumo de los Trabajadores

FUENTE: DOF-13-VIII-01

Normas constitucionales

La Constitución mexicana de 1917 fue la primera en Latinoamérica en consignar las normas fundamentales del derecho del trabajo, columna vertebral del derecho social. Su originalidad radica, como se ha dicho, en consignar un mínimo de garantías en beneficio de la clase económicamente más débil.

Las disposiciones sobre el trabajo se encuentran contenidas en el artículo 5º de la Constitución, y de manera más amplia en el 123. La reglamentación de los mismos está plasmada en la ley federal del trabajo.

El artículo 5º constitucional consagra la libertad del ser humano a dedicarse a la profesión, industria, comercio o trabajo que siendo lícito, decida elegir, asimismo, garantiza esa libertad al consignar que nadie puede ser privado del producto de su trabajo ni obligado a prestar trabajos personales sin una justa retribución y sin su pleno consentimiento.

Por su parte, el artículo 123 –considerado como uno de los más completos y progresistas de su tiempo- reguló la prestación de los servicios, reconoció los derechos de los trabajadores y los de sus familias al consignar lo siguiente:

La duración de la jornada de trabajo.

Medidas concretas de protección al salario.

Participación de utilidades.

Protección al trabajo femenino e infantil.

La estabilidad de los trabajadores en sus empleos (despido)

El derecho colectivo del trabajo.

El derecho de huelga.

En el renglón de previsión social el artículo 123 tiene una amplia cobertura en cuanto a:

- Riesgos profesionales.
- Prevención de accidentes.
- Hygiene y seguridad.
- Seguridad social.
- Casas para obreros.
- Protección a los familiares de los trabajadores.

Una vez promulgada la Constitución, se inició la discusión para reglamentar los postulados del artículo 123. Los proyectos de la ley del trabajo de 1925 y, 1929 fueron un reflejo del intento de los legisladores para lograr una interpretación amplia y acorde con la transformación que el proceso industrial estaba imprimiendo a la realidad social. Este proceso alcanzó una de sus etapas importantes al promulgarse en 1931, la primera ley federal del trabajo, cuyo objetivo principal era establecer las normas y principios positivos tendientes a armonizar las relaciones entre el capital y el trabajo; en otros términos, a superar la tensión entre las clases y de esta manera alcanzar metas de bienestar económico. Se han hecho numerosas reformas a ese código laboral en 1933, 1936, 1941, 1962.

La ley federal del trabajo de 1970 y sus reformas son algunos de los esfuerzos hechos en los regímenes pos-revolucionarios a fin de refrendar y profundizar la vigencia del artículo 123.

Los objetivos de la política laboral del gobierno federal son:

- Promover el empleo productivo y mejorar los existentes.
- Incrementar la productividad y distribuir equitativamente los beneficios, mejorando los niveles de bienestar de los trabajadores y sus familias.
- Capacitar a los trabajadores para mejorar las habilidades y preparación de la fuerza de trabajo.
- Elevar el nivel de bienestar de la clase trabajadora.
- Promover la justicia en las relaciones laborales.

Objetivos laborales

La política laboral se orienta hacia el apoyo de mecanismos que protejan el empleo dentro del programa económico, buscando elevar el nivel ocupacional de la planta productiva.

El programa de mejoramiento de los niveles de bienestar de los trabajadores y sus familias es realizado por la STPS, en coordinación con la comisión nacional de los salarios mínimos. Tiene por objeto propiciar condiciones favorables para que el trabajador tenga acceso a la recreación y al consumo de productos básicos. Este programa está dividido en varios subprogramas, entre los que destacan:

- La fijación de los salarios mínimos.
- Otorgamiento de crédito a los trabajadores.

Programas prioritarios

Protección al salario.

Promoción de la cultura y recreación de los trabajadores.

Promoción de mejores condiciones de salud y seguridad social.

Salarios La fijación de los salarios mínimos se apoya en estudios económicos para determinar sobre bases reales y objetivas dentro del marco de la situación económica y política del país, el monto del salario que asegura niveles mínimos de bienestar y que se cumplan los preceptos legales.

El objetivo del programa de otorgamiento de crédito a los trabajadores radica en lograr que los asalariados tengan acceso al mercado de bienes y servicios de consumo duradero, cuyo precio requiere de pagos parciales, así como el apoyo financiero para la operación de tiendas sindicales y de cooperativas de consumo.

El programa de protección al salario tiene como principal objetivo proteger los ingresos de los trabajadores y de las clases populares, propiciando que incrementen su poder adquisitivo a través de prestaciones e información de mecanismos de comercialización.

El programa de promoción de la cultura y la recreación de los trabajadores y sus familiares intenta hallar alternativas para el uso del tiempo libre en educación, actividades deportivas, culturales y recreativas.

Por último, el programa de promoción de mejores condiciones para la salud y la seguridad social, realizado por la dirección general de medicina y seguridad en el trabajo tiene como principal objetivo elevar los niveles de bienestar de los trabajadores y sus familias a través de acciones como la difusión sobre prevención de enfermedades, promoción de medidas de seguridad en el trabajo, etcétera.

II. SECTOR SALUD

Se usará la expresión sector salud aunque cabe advertir que en este caso no corresponde a una estructura sectorial precisa.

El sector salud y seguridad social está integrado por la secretaría de salubridad (SS), como cabeza de sector de varios organismos descentralizados y por varias importantes entidades no sectorizadas: el IMSS, el ISSSTE y el ISSFAM.

Principales programas Los objetivos generales del sector son los siguientes:

Elevar el nivel de salud de la población.

Ampliar la cobertura de los servicios de salud, especialmente en la atención preventiva.

Intensificar la atención médico-asistencial en el núcleo materno infantil.

Adecuar el conocimiento demográfico a las condiciones económicas y socioculturales del país.

Disminuir los daños a la salud causados por la contaminación ambiental, incrementando las medidas de control sanitario.

Los programas generales de los organismos coordinados por salubridad y los de los no coordinados son los siguientes:

Atención preventiva. Evitar riesgos y daños a la población mediante la prevención de enfermedades transmisibles. Entre los principales subprogramas derivados están: el de control de enfermedades prevenibles por vacunación, el de enfermedades transmisibles, detección oportuna de enfermedades, nutrición, consulta a sanos, salud mental, planificación familiar voluntaria y salud dental.

Atención curativa. Restaurar la salud perdida mediante acciones de consulta y hospitalización, rehabilitación y atención de emergencias. Subprogramas: consulta externa general, consulta externa especializada, hospitalización, rehabilitación y atención de urgencias, emergencias y desastres.

Capacitación de la población. Orientar a la población, especialmente a la que vive en áreas rurales o marginadas, sobre los servicios médicos existentes a su alcance, así como orientarla para que observe medidas preventivas de salud y concientizándola sobre la importancia de ésta. Subprogramas: el de orientación e información y el de educación para la salud.

Formación y desarrollo de recursos humanos para la salud. Formar y actualizar personal profesional técnico, administrativo y auxiliar a fin de elevar la cantidad y calidad de los servicios relacionados con la salud pública. Subprogramas: el de personal profesional para la salud, el de personal técnico, el de personal administrativo y el de personal auxiliar.

Investigación fundamental en ciencias exactas y naturales. Este programa tiende a obtener nuevos conocimientos científicos en el campo de la medicina.

Investigación aplicada y desarrollo experimental en la medicina, en la salud, asistencia y seguridad social. Realizar programas de investigación aplicada y operacional en los servicios de salud biomédica, ambiental y social. Subprogramas: enfermedades infecciosas y parasitarias, alimentación y nutrición, problemas relacionados con la reproducción humana, el crecimiento y el desarrollo; enfermedades causadas por la contaminación ambiental, enfermedades crónico-degenerativas, problemas de salud mental, biotecnología y desarrollo de medicamentos.

Prestaciones sociales. Elevar los niveles culturales, educativos, nutricionales y recreativos de la población desprotegida mediante acciones tendientes a lograr la integración social. Subprogramas: asistencia social e integración familiar, mejoramiento de la comunidad, atención a la infancia, atención a la vejez y adiestramiento y capacitación.

Además de los programas y subprogramas mencionados la SS cuenta con otro denominado: producción de bienes, cuyo principal objetivo es fabricar productos biológicos, reactivos y prótesis necesarias para llevar a cabo las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación que se realizan en el sector. Destacan los subprogramas de producción de biológicos, de reactivos y producción de prótesis. El DIF también realiza acciones relacionadas con este último.

Disposiciones jurídicas generales

La legislación que norma los servicios de salud está contenida en: la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución que establece que corresponde al congreso de la Unión, al ejecutivo federal, al consejo de salubridad general y a la secretaría de salubridad, la expedición de disposiciones generales sobre salubridad general de la república.

El consejo de salubridad depende directamente del presidente de la república y está integrado por un presidente, un secretario y cinco vocales titulares, quienes deberán ser técnicos especializados en cualquiera de las ramas sanitarias, y serán nombrados y removidos por el presidente de la república. En la práctica, este consejo no opera regularmente; no es un organismo que haya sido utilizado para dirigir la estrategia del sector; tal vez porque su estructura es ajena a las instituciones del resto de la administración pública.

El primer esfuerzo para organizar las actividades de salud fue la ley de coordinación y cooperación de los servicios sanitarios de los Estados Unidos Mexicanos (D.O.F. 25-VIII-1934).

La reforma del artículo 4º de la Constitución eleva a rango constitucional el derecho a la protección de la salud. Asimismo, establece que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, con base a la fracción XVI del 73 constitucional, ya mencionada.

Al inicio de este tema, se dijo que el de salud no constituye un sector en los términos de otros sectores administrativos. La explicación principal de esta circunstancia radica en el peso e importancia presupuestal y de recursos que poseen las entidades sectorizadas bajo la coordinación de la SS. Una de ellas: el IMSS, es uno de los grandes y modernos organismos descentralizados federales que atiende los servicios de seguridad social de una gran parte de los trabajadores mexicanos. Los recursos financieros que manejan son de origen tripartita –empresarios, obreros y gobierno federal- y mucho más cuantiosos que los que dispone la SS. El IMSS dispone de muchas clínicas y hospitales modernos en todo el país. En cierto modo duplica las actividades de la SS, salvo que lo hace en relación a una población más restringida y con mayores recursos.

En teoría, la SS es responsable de la normatividad y la planeación de la política de salud pública, en tanto que el IMSS es un órgano operativo y ejecutor de esa política; en la práctica, el enorme peso de las actividades del IMSS da por resultado que el IMSS defina sus propias políticas de salud para la población de asegurados que atiende.

Otra razón adicional es la composición tripartita del organismo. Los trabajadores organizados influyen sustantivamente en las decisiones del consejo de administración del IMSS, del cual forman parte y no necesariamente coinciden con los criterios gubernamentales generales.

Una explicación similar, aunque menos drástica, cabe aducir en el caso del ISSSTE, otro de los grandes organismos del sector salud.

III. SALUBRIDAD (SS)

En 1917, de acuerdo a lo dispuesto por la Constitución, se creó el departamento de salubridad. La primera secretaría encargada de la asistencia pública nació por decreto del congreso en diciembre de 1937. Seis años más tarde se fusionó con el departamento de salubridad y asistencia; posteriormente se denominó secretaría de salubridad y asistencia. En 1985 cambió de nombre por el de secretaría de Salud.

El marco normativo fundamental de la secretaría de salud, en adición a los dispositivos constitucionales y los de la LOAPF, es el siguiente:

Ley general de salud;

Ley del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado;

Ley del seguro social;

Ley sobre el sistema nacional de asistencia social;

Ley de asistencia privada;

Ley para personas con discapacidad en el distrito federal.

En 1984 entró en vigor la ley general de salud que reglamenta el artículo 4º de la Constitución en la materia, para definir las bases de la salud y los mecanismos de concurrencia entre la federación y los estados en lo que a salubridad general se refiere.

La ley de secretarías y departamentos de Estado de 1958 estableció las principales atribuciones de la SS, mismas que fueron refrendadas por la ley orgánica de la administración pública federal de 1976, así como su reformas subsecuentes.

Corresponde a la secretaría:

Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general.

Crear y administrar establecimientos de salubridad, asistencia pública y terapia social en cualquier lugar del territorio nacional.

Administrar los bienes y fondos que el gobierno federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública.

Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la república.

Realizar el control de la preparación, aplicación, importación y exportación de productos biológicos.

Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial.

Establecer las normas de orientación de los servicios de asistencia social prestados por las dependencias y entidades federales y vigilar su cumplimiento.

La dependencia está organizada de la manera siguiente:

Un secretario;

Tres subsecretarías: de coordinación sectorial; de prevención y control de enfermedades; y, de regulación y fomento sanitario;

Antecedentes

Marco jurídico

Atribuciones

Estructura orgánica

Una comisión nacional: de arbitraje médico;
 Tres coordinaciones: de institutos nacionales de salud; de salud mental; de vigilancia epidemiológica;
 Un consejo nacional: para la prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirido;
 Una oficialía mayor;
 Una contraloría interna;
 Dos centros nacionales: de rehabilitación; de la transfusión sanguínea;
 Un hospital: el Juárez de México.
 Dieciseis direcciones generales;
 Una gerencia: de biológicos y reactivos.

(Para mayores detalles ver: Manual, INAP 2000)

Entidades sectorizadas

Es un sector que experimentó la privatización en grado relativamente menor por los objetivos eminentemente sociales de los organismos pertenecientes al mismo; vale la pena repetir la relación de las entidades sectorizadas.

I. Organismos descentralizados

Hospital General de México
 Hospital General “Dr. Manuel Gea González”
 Hospital Infantil de México Federico Gómez
 Instituto Nacional de Cancerología
 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
 Instituto Nacional de la Senectud
 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.
 Instituto Nacional de Pediatría
 Instituto Nacional de Perinatología
 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
 Instituto Nacional de Salud Pública
 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

II. Empresas de participación estatal mayoritaria

Centros de Integración Juvenil, A.C.
 Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V.

FUENTE: DOF-13-VIII-01

Descentralización de los servicios de salud

La descentralización de los servicios de salud (en adelante la llamaremos por brevedad, descentralización en salud), junto con la de los servicios de educación básica, media y normalista, constituyen los dos casos más relevantes de la descentralización administrativa de la federación hacia los estados y municipios.

La descentralización en salud presenta avances significativos a partir de los cuales será posible alcanzar un estado ideal en el que el gobierno federal conserve únicamente la normatividad general y el resto de los temas, incluyendo el capítulo de los recursos humanos y financieros, quede ciento por ciento en los ámbitos estatal y municipal.

En torno a este tema abordaremos de manera sintética los aspectos siguientes:

- El método y el modelo;
- Los recursos humanos;
- Los recursos financieros;
- Las consecuencias respecto a los niveles de calidad; y,
- El futuro.

“VISIÓN DE LA DESCENTRALIZACIÓN”

En el marco de los compromisos asumidos en el Plan nacional de desarrollo 1995-2000 y en el Programa de Reforma del Sector Salud, el Ejecutivo Federal suscribió recientemente con los gobernadores de los estados el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud a la Población Abierta, que se inscribe cabalmente en el nuevo federalismo propuesto por el Presidente de la república.

Se pretende, como lo señaló el propio Titular del Ejecutivo, que “cada entidad federativa cuente con un sistema estatal que le sea propio, capaz de responder a sus necesidades regionales y de proveer medidas para ampliar su cobertura. Para cumplir este propósito, cada sistema estatal deberá adoptar estrategias locales, diseñadas conforme a sus características, en las que intervengan los ayuntamientos y la comunidad organizada a través de los comités de salud. De este modo la prestación de los servicios de salud contribuirá a fortalecer el nuevo federalismo”.

Con la descentralización, avanzamos para alcanzar un mejor equilibrio en la vida de la República, a través de una reforma que reconoce las diferencias regionales y locales, que coloca a la sociedad en el centro de la acción pública y que respeta el poder del ciudadano. En la convicción federalista, se avanza también en la transformación del gobierno y en la modificación de las relaciones del Ejecutivo con los gobiernos de los estados y los demás órganos del poder.

El sistema de prestaciones que conocemos como derechos sociales, demanda un considerable instrumental normativo y un abultado aparato administrativo. La naturaleza de un Estado al que corresponde un número elevado de obligaciones públicas, favorece el centralismo y la concentración del poder, de manera que son muchos los nudos que se deben deshacer para liberar a nuestro sistema federal. Pero este problema es susceptible de solución, en la medida en que se transfieran recursos a las entidades federativas y se trasladen, junto con los recursos, las funciones. Ese es, justamente el propósito de la descentralización.

Descentralizar, para devolver a los estados lo que se les había tomado por una implacable dinámica centralista; descentralizar, para construir gradualmente sistemas estatales de salud que sean más eficiente y flexibles; descentralizar, para mejorar la calidad de los servicios y ampliar su cobertura; descentralizar, para compartir responsabilidades y recursos, y poder tomar las decisiones donde se generan los problemas; descentralizar, en fin, para contribuir a dar mayor orden y creciente armonía a la vida nacional.

Juan Ramón de la Fuente.
México, D.F. octubre 1996.

El método y el modelo para la descentralización

El proceso se inició en los primeros años de la década de los ochenta, al mismo tiempo que para la educación. El camino, sin embargo, fue relativamente diferente. Se firmó un convenio o acuerdo general de descentralización entre cada uno de los gobiernos locales y la federación, que establecía las bases generales del proceso pero también las particularidades para cada entidad. En ese convenio se estableció la obligación de la

federación de crear sendos organismos públicos descentralizados (OPD) en cada una de las entidades federativas, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía operativa; incorporarían el ejecutivo local en su dirección y conducción.

En la teoría y en la práctica se creó un modelo para la descentralización que incluyó los elementos a los que enseguida se alude. No debe confundirse el modelo aquí desarrollado con el “Modelo de atención a la salud para la población abierta” (Narro Robles, 1996).

Elementos:

A nivel federal:

- a) El consejo nacional de salud, creado por acuerdo del ejecutivo federal (diferente del consejo de salubridad general previsto en la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución), para actuar como órgano normativo respecto de algunas áreas de acción de los institutos estatales.
- b) Por la propia secretaría de salud de la federación:
 - i. Como normativa, que define políticas generales, estrategias y programas nacionales de salud.
 - ii. Como contraparte negociadora de las condiciones generales de trabajo, frente al sindicato nacional de trabajadores de la salud (SNTS).
- c) Desde el punto de vista jurídico el modelo toma en cuenta que la legislación federal aplicable en materia de salud establece tres categorías de facultades —cuando menos— de acuerdo al titular de las mismas:
 - i. Facultades exclusivas de la federación; (ejemplo: la normatividad en el combate a pandemias y epidemias);
 - ii. Facultades exclusivas de los estados; (ejemplo: operación de los servicios de salud a “población abierta” en la entidad);
 - iii. Facultades concurrentes; (por ejemplo: licenciamiento de hospitales de segundo nivel y de especialidades).

A nivel estatal

- a) La creación de un instituto de Salud OPD, en cada estado, que recibiría como transferencias las atribuciones y los recursos materiales que pertenecían a la secretaría de salud de la federación en cada estado, para operar con ellos los servicios de salud en la entidad.
- b) La creación de una secretaría de salud estatal con un secretario al frente de la misma. El secretario estatal de salud actuaría simultáneamente en triple capacidad:

- i. Como secretario para la coordinación sectorial de salud en la entidad;
 - ii. Como director general del instituto de salud OPD;
 - iii. Como autoridad sanitaria local, en términos de la legislación respectiva.
- c) Un consejo de salud del estado como instrumento normativo y mecanismo de coordinación sectorial a nivel estatal incluyendo, naturalmente, a los municipios.

Este es el modelo que se sigue en todo el país, aunque existen variaciones respecto de algunos de sus elementos, en particular, los que se relacionan con la creación de una secretaría local de salud y el consejo estatal.

MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA

RESPONSABILIDADES DE LOS NIVELES ADMINISTRATIVOS

1. FEDERAL

- Función normativa, establece y dirige política estrategias y programas nacionales de salud.

2. ESTATAL

- Coordina, opera y administra los servicios, adecua la organización y prestación de los mismos.

3. JURISDICCIÓN SANITARIA

- Integra, coordina y desarrolla las estrategias para la prestación de los servicios. Procúra dar congruencia y complementariedad a los programas.

4. UNIDAD OPERATIVA (Centros de salud, unidades hospitalarias, unidades móviles)

- Aplica normas y procedimientos. Programa actividades, ejecuta acciones y evalúa resultados.

Narro Robles, 1996.

Recursos humanos

En la mayor parte de las entidades federativas los trabajadores del sector de la salud han sido siempre, y lo son hoy en día, servidores públicos federales. La descentralización administrativa alcanzada hasta la fecha no ha modificado el *status legal* de los trabajadores, en la medida que los propios institutos de salud estatales son organismos descentralizados de naturaleza federal. Habrá que admitir, a fuer de ser veraces, que no existe un gran interés de los gobiernos estatales, del gobierno federal ni del sindicato nacional por cambiar esta situación en el corto plazo: los primeros porque rehuyen los complicados problemas que acarrearía la negociación con una o más secciones sindicales del sindicato nacional

de trabajadores de la salud, o con varios sindicatos independientes. El segundo porque no desea hacer frente a nuevos cuestionamientos y protestas de una dirigencia nacional del SNTS que se sentiría amenazada. Este último porque considera que el cambio en la calidad legal de "sus" trabajadores lo debilitaría inevitablemente al disminuir drásticamente el número de afiliados.

Anualmente el gobierno federal negocia con el SNTS, por conducto de la secretaría de salud, el acuerdo sobre las condiciones generales de trabajo. El elemento principal de tales condiciones generales es el incremento salarial solicitado, invariablemente, por el sindicato, en adiciones a otras prestaciones y beneficios. Corresponde a la dirigencia de los institutos estatales de salud, la aplicación de las condiciones generales negociadas a los casos concretos; igualmente, el manejo del resto de los problemas cotidianos de la administración de personal. La dicotomía administrativa en materia de recursos humanos es fuente de conflictos, de inefficiencias e incumplimientos.

En los estados donde se ha creado la figura del secretario de salud estatal, los emolumentos de ese puesto y de quienes laboran en su oficina, corresponden al gobierno de la entidad respectiva. El financiamiento del resto del sistema se explica en el párrafo siguiente.

El origen de los recursos para la operación del sistema descentralizado de salud es dual: recursos del presupuesto federal y recursos de los presupuestos estatales. Se aspira a que en el futuro los municipios operen descentralizadamente, también, el primer nivel de los servicios médicos y, en esa medida, aporten recursos de sus respectivos presupuestos.

Los recursos financieros

A. Las asignaciones federales:

- a) La secretaría de salud federal asigna recursos de su presupuesto a la inversión en hospitales del tercer nivel –especialidades- en distintas partes del país y a las acciones estrictamente nacionales, incluyendo los programas nacionales de salud;
- b) La secretaría (federal) transfiere anualmente a las tesorerías de los estados los montos necesarios para la operación del sistema de salud a población abierta que se manejan en los institutos de salud estatales (OPD); antes de la descentralización era responsabilidad directa de la propia secretaría. Esos recursos forman parte de las partidas del ramo 33 del presupuesto federal, aunque la discusión y negociación de los "techos" presupuestales la conduce la secretaría de salud ante la de hacienda y crédito público, como parte de su propio presupuesto.

No todos los gobiernos estatales están satisfechos con los criterios para la asignación de los montos de las transferencias federales. Se considera que no existe una fórmula clara y transparente para definir aquellos en términos de equidad comparativa de entidad a entidad; por ejemplo, el tamaño de la población de cada estado para que las transferencias *per capita* resultaran equivalentes, o alguna otra fórmula objetiva. El gobierno federal responde que, en primer término, las fórmulas de las transferencias del ramo 33 a los estados y municipios, si están definidas en el capítulo correspondiente de la ley de coordinación fiscal; que esas transferencias deben compararse globalmente para cada estado y no por rubros específicos de destino, puesto que una vez que ingresan a las

tesorerías son, formalmente, recursos ordinarios del gobierno estatal. En segundo lugar, sostiene el gobierno federal, su responsabilidad presupuestal responde, también, a criterios redistributivos o de equilibrio regional, que no se satisfacen plenamente con criterios de proporcionalidad simple, relacionados con el tamaño de la población, sin tomar en cuenta el grado de desarrollo económico y social relativo en cada estado.

- c) Los recursos destinados al programa de ampliación de cobertura (PAC) que la secretaría transfiere directamente a los institutos de salud de los estados, *pari passu* con recursos estatales, al tenor de 30% de estos últimos.

B. Los recursos estatales.

- a) Un monto anual equivalente a un porcentaje del total de recursos federales transferidos a los institutos de salud por parte del gobierno federal. Ese porcentaje varía de estado a estado y es objeto de negociación entre ambos gobiernos. En algunos estados -donde la salud no es considerada como la más alta prioridad- el porcentaje que se aporta es mínimo o inexistente; en otros llegada hasta el 50% y en otros más, como el distrito federal, puede superar a los montos federales en ciertos ejercicios fiscales.
- b) Los recursos que los estados aportan al programa denominado IMSS-Solidaridad (antes-Coplamar), en las entidades donde todavía opera.
- c) Las cuotas de recuperación, que aunque relativamente pequeñas, en algunos casos representan montos mayores que los destinados por los propios gobiernos estatales a las obras de infraestructura en el sector.
- d) Las aportaciones que los estados efectúan a los sistemas estatales de seguridad social para los empleados y trabajadores a su servicio y al de los gobiernos municipales, en el esquema bipartito.
- e) Las asignaciones presupuestales que se destinan a la inversión, operación y mantenimiento de hospitales de especialidades que los propios estados han construido o planean edificar, tales como gineco-obstétricos, perinatales o pediátricos y otros.
- f) Los recursos *pari passu* del programa de ampliación de cobertura (PAC).

A semejanza del sistema educativo, en los de salud se presenta un problema financiero crítico en el financiamiento del crecimiento anual de los servicios para satisfacer la demanda incremental. El procedimiento que se sigue actualmente consiste en la negociación de un presupuesto de inversión y operativo anual, que los institutos presentan directamente a las autoridades federales de salud. La fórmula que la secretaría de salud federal aplica es la de caso por caso. Por encima del presupuesto irreductible de operación de los institutos se aplica, anualmente, una tasa incremental de ajuste por inflación, para mantener el mismo presupuesto que el año anterior en términos reales; adicionalmente, si los "techos" federales lo permiten, se agregan montos que permitan un moderado crecimiento real. Sin embargo, las autoridades federales cada vez son más reacias a otorgar incrementos destinados a la creación de nuevas plazas administrativas o en los servicios médicos, por considerar que esos aumentos corresponden, en su caso, a incrementos en las aportaciones

estatales. Con frecuencia estas últimas no se dan, por lo que en muchas entidades existen clínicas sin personal o con personal insuficiente.

A juicio de los expertos las medidas futuras para complementar los procesos de descentralización serían las siguientes:

- a) Consolidar jurídica, financiera y administrativamente los avances conseguidos hasta la fecha;
- b) Lograr plena transparencia y equidad en los criterios para asignar las transferencias federales;
- c) Asegurar las aportaciones que son obligación de los estados;
- d) Resolver de común acuerdo el financiamiento del crecimiento de la demanda, en particular la que corresponde a los servicios médicos de tercer nivel con el propósito adicional de que los estados puedan impartir enseñanza superior y llevar a cabo investigación científica;
- e) La transformación de los institutos estatales de salud OPD, en secretarías de salud estatal con plenas atribuciones, dentro de los marcos legales; y el cambio del *status* jurídico de los trabajadores federales a la categoría de trabajadores de los estados;
- f) Como consecuencia de lo anterior, la descentralización plena de las atribuciones en materia laboral, incluyendo la negociación en cada uno de los estados, de las condiciones generales de trabajo;
- g) Eventualmente, la transformación de las secciones estatales del sindicato nacional de trabajadores de la salud SNTS, en un solo sindicato estatal;
- h) La plena descentralización de los servicios de salud de primer nivel hacia los municipios y su participación financiera en la operación, crecimiento y mantenimiento de los mismos.

Los siguientes pasos en la descentralización

IV. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

El instituto mexicano del seguro social fue creado en 1943, en el contexto de la difícil situación de antagonismo patronal que se produjo en los últimos años de la etapa cardenista y el primer trienio de la administración del presidente Ávila Camacho. Es un organismo público descentralizado sujeto a control presupuestal. El IMSS nació como novedosa acción tripartita donde el estado, sumándose a las clases que participaban en la producción, inició una participación activa y decisiva en la planeación y financiamiento de la prevención y seguridad sociales, convirtiéndola en una institución de interés público.

Antecedentes

La positiva evolución de la administración del IMSS en un periodo relativamente corto, ha hecho que se le considere como una de las instituciones que con mayor eficiencia ha logrado dar respuesta a las reivindicaciones de previsión social expresada en la Constitución. Es enorme la distancia recorrida por la institución entre los 3,244 derechohabientes con que contaba en 1944 y los 42.6 millones de mexicanos amparados en 1999 con las clínicas y hospitales ubicados a lo ancho y largo de la república.

El sistema del IMSS se nutre económicamente de contribuciones que cubren los patrones y los asegurados, además de la participación del estado. No persigue fines lucrativos. La cobertura de asegurados se ha venido ampliando a un número cada vez mayor de

Financiamiento

trabajadores; ahora están incorporados no sólo los asalariados, sino también los pertenecientes a sociedades cooperativas y los **no** asalariados, que pagan la cuota. El IMSS apoya otros sistemas de seguridad social que funcionan en las zonas rurales.

Marco jurídico

El artículo 123 establece que es de utilidad pública la ley del seguro social; comprende seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicio de guarderías y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

La ley del seguro social es reglamentaria de la Constitución en esta materia.

Principales programas

Los principales programas del IMSS, orientan sus objetivos a ofrecer servicios de salud suficientes a los derechohabientes, así como las prestaciones económicas y sociales de los trabajadores.

La mayor parte de sus recursos los canaliza hacia los siguientes programas: atención preventiva, atención curativa; prestaciones económicas y prestaciones sociales. Estos programas absorben alrededor del 70% del gasto total designado a la entidad.

En los últimos años el IMSS ha padecido muy severos problemas financieros, luego de un largo periodo en el que disfrutó de solvencia económica y operó con superávit o en punto de equilibrio. El problema se generó por el crecimiento acelerado en los gastos en servicios médicos, las inversiones en infraestructura y operación, y los crecientes pagos de pensiones y jubilaciones que rebasaron, con mucho, las aportaciones tripartitas que se mantuvieron casi estancadas o a un ritmo de crecimiento muy lento. En particular, las aportaciones del gobierno federal dejaron de fluir en los montos necesarios como resultados de las recurrentes crisis financieras, especialmente durante la grave situación económica de los años 1994 a 1996.

La dirección del IMSS se vio en la necesidad de reorganizar la estructura del instituto para buscar máximos ahorros en sus gastos generales. El gobierno federal realizó aportaciones adicionales que aliviaron temporalmente su delicada situación financiera. No obstante, subsiste el problema de largo plazo que se origina en los crecientes pagos de pensiones y jubilaciones, conforme envejece la población trabajadora del país. Lo anterior sin contar con las enormes erogaciones que exige una infraestructura muy grande que requiere ampliaciones, renovación, operación cotidiana y mantenimiento.

V. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

Antecedentes

En 1960 la dirección de pensiones civiles, dependiente de la entonces secretaría de industria, comercio y trabajo, se transformó en el instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado.

Al igual que el IMSS, el ISSSTE es un organismo descentralizado, sujeto a control presupuestal.

El patrimonio del instituto se integra con aportaciones de los trabajadores de las dependencias de la federación, del departamento del Distrito Federal, de los organismos públicos incorporados a su régimen y de las aportaciones del gobierno federal.

El artículo 123 establece las bases mínimas conforme a las cuales se organizará la seguridad social de los trabajadores al servicio del estado. La ley reglamentaria contempla los siguientes aspectos de seguridad:

- Accidentes y enfermedades profesionales.
- Enfermedades no profesionales y maternidad.
- Jubilación, invalidez, vejez y muerte.
- Centros vacacionales y de recuperación.
- Tiendas económicas para beneficio de los trabajadores y sus familias.
- Habitaciones baratas en arrendamiento o venta.
- Créditos.

La primera reglamentación del precepto constitucional mencionado fue la ley del ISSSTE de 1960. Conforme a lo estipulado en la misma, el instituto realiza actividades tendientes a la prevención de daños y riesgos; al fortalecimiento de la seguridad económica y a la elevación de la cultura de sus derechohabientes; proporciona créditos para la adquisición de vivienda a través del fondo de la vivienda (FOVISSSTE), protege el salario del trabajador ofreciendo artículos de primera necesidad a precios bajos; proporciona créditos a corto plazo para apoyar la economía familiar, realiza promociones para elevar el nivel cultural de sus derechohabientes y garantizar seguridad a los familiares dependientes en caso de muerte o retiro del trabajador.

Los principales programas del ISSSTE se orientan a dar prioridad, en materia de salud, a las acciones de medicina preventiva dirigida a los grupos de alto riesgo; en materia de seguridad social, se encaminan a preservar la estabilidad económica y garantizar el bienestar social del trabajador público, mediante las prestaciones económicas y sociales. Otras acciones programáticas, tienden a compensar los efectos inflacionarios con la protección de su poder adquisitivo.

La mayor cantidad de recursos, alrededor del 50%, se erogan en los programas siguientes: atención curativa; prestaciones económicas; prestaciones sociales; protección al salario y financiamiento de módulos sociales.

En el momento actual el ISSSTE presenta una situación financiera crítica; similar a la del IMSS. De no tomarse algunas medidas radicales tal situación tenderá a agravarse con el paso de los años. Los expertos le denominan “un problema actuarial”, aludiendo a la circunstancia de que las cuotas o aportaciones bipartitas para su financiamiento, se han tornado notoriamente insuficientes. El problema financiero tiene un doble origen, cuando menos. Por una parte, el crecimiento constante y a tasas cada vez mayores de la población de jubilados y pensionados federales. El número de pensionados y jubilados a raíz de la creación de la dirección general de pensiones civiles, antecedente del ISSSTE, era muy pequeño. Sesenta años después ese número es enorme por el simple transcurso del tiempo y porque los índices de longevidad han aumentado. La relación trabajadores vs jubilados era de 20 a 1 en 1970; en 2001 es de 6 a 1. La segunda razón de la falta de equilibrio presupuestal debe buscarse en que el índice general del costo de la vida ha crecido más rápidamente que los salarios de los servidores públicos federales. En la medida que las

Marco jurídico

Principales programas

aportaciones de los trabajadores y del estado para esta institución, como porcentaje de los salarios de aquellos, prácticamente no ha cambiado en muchos años, la brecha entre el costo de los servicios y el monto de las aportaciones se ha hecho mayor.

La circunstancia anterior no toma en consideración el bajísimo monto de las pensiones y jubilaciones; aún de aquellas asignadas a los trabajadores con treinta años o más de servicios. Estas preocupaciones han sido recogidas por las cámaras del congreso de la Unión; los miembros del congreso están estudiando la mejor forma de asegurar un financiamiento suficiente y creciente para el pago de las pensiones y jubilaciones de los trabajadores al servicio del gobierno federal.

VI. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

Antecedentes y marco jurídico

El 24 de enero de 1929 se constituyó la asociación de protección a la infancia, A.C., quedando su dirección a cargo de la esposa del presidente de la república, práctica que desde entonces se institucionalizó. La asociación nació con la finalidad de atender la situación de desamparo que prevalecía en el país entre los menores de familias de escasos recursos.

En 1961, el ejecutivo expidió un decreto por medio del cual se creó un organismo público descentralizado con la personalidad y recursos propios: el instituto nacional de protección a la infancia (INPI) para atender a los mismos fines. Posteriormente, en 1968 el INPI cambió su nombre por el de institución mexicana de asistencia a la niñez (IMAN) a la cual se le otorgaron facultades para coordinar las acciones tendientes a disminuir los problemas que generan el abandono y la explotación e invalidez de los menores.

Finalmente, el sistema nacional para el desarrollo integral de la familia (DIF) se constituyó por decreto presidencial en 1977, con la finalidad de promover en el país el bienestar social, atendiendo fundamentalmente a la niñez en el contexto familiar y de la comunidad, dando especial énfasis a los grupos marginados y a su participación e integración activa, para lograr su emancipación económica, política, social y cultural.

El DIF orienta sus esfuerzos y actividades fundamentales a la atención y asistencia a menores desamparados a través de los programas de vacunación, rehabilitación y desnutrición. Proporciona orientación y protección jurídica al niño y a la familia; apoya la integración social de los menores a través de las casas-hogar.

Esta entidad se integró al sector salud coordinado por la entonces SSA, en diciembre de 1982. La idea que subyace en esta decisión, es lograr unidad de acción entre los diversos planes y programas del gobierno federal.

VII. ORGANISMOS PARA LA VIVIENDA

INFONAVIT Marco jurídico

El gobierno federal ha emprendido diversas acciones a fin de promover el desarrollo de la vivienda popular, como principio de seguridad y defensa del poder adquisitivo de los trabajadores. Son dos los principales organismos en este campo: el INFONAVIT y el FOVISSSTE, entidades descentralizadas, no sectorizadas ni administrativa ni presupuestalmente.

El sustento jurídico general de estos organismos se encuentra en el artículo 4º constitucional, que señala el derecho de toda familia a disfrutar de vivienda digna y decorosa.

El artículo 123 constitucional dispone que todas las empresas están obligadas a proporcionar a los trabajadores habitaciones cómodas e higiénicas.

Esa obligación se cumplirá, dice el texto de la carta magna, mediante las aportaciones que las empresas hagan a un fondo nacional de la vivienda, a fin de construir depósitos a favor de sus trabajadores y establecer un sistema de financiamiento que permita otorgar a éstos, crédito barato y suficiente para que adquieran en propiedad tales habitaciones.

Con la expedición de la ley del instituto del fondo nacional de la vivienda para los trabajadores, publicada en abril de 1972, se creó el INFONAVIT, organismo tripartito de interés público, integrado por representantes del gobierno federal, de los trabajadores y de los patrones, con objeto de establecer un sistema de financiamiento para que los trabajadores pudieran obtener un crédito barato y suficiente para adquirir habitaciones, construir, ampliar o mejorar las existentes.

Sus principales programas y objetivos son los siguientes:

Programas

- Financiar programas de vivienda para ser adquirida en propiedad a través de los créditos que otorga el instituto.
- Otorgar crédito barato y suficiente a los trabajadores para la adquisición de vivienda en propiedad, construcción en terreno propio, mejoramiento, ampliación o reparación de sus viviendas y pago de pasivos contraídos por ese concepto.
- Captar amortizaciones de los créditos que realizan los trabajadores.

El artículo 123 constitucional establece que deberá proporcionarse a los trabajadores al servicio del estado habitaciones baratas, en arrendamiento o venta.

FOVISSSTE

Por su parte, la Ley del ISSSTE prevé la creación del fondo para la vivienda de ese instituto.

El objetivo principal del FOVISSSTE es establecer y operar un sistema de financiamientos que permita a los trabajadores obtener crédito barato para la adquisición, construcción, reparación, ampliación y mejoramiento de la vivienda.

Los recursos del FOVISSSTE se integran con las aportaciones de las entidades y organismos públicos y por el equivalente a un 5% de los sueldos básicos de sus trabajadores.

Su principal programa consiste en el financiamiento de módulos habitacionales que contemplan no únicamente el espacio familiar de la vivienda, sino además el espacio social que promueve la integración de la comunidad. Se pretende con ello proporcionar créditos a los trabajadores que sean titulares de depósitos constituidos a su favor en el instituto. Destacan los siguientes subprogramas: adquisiciones, construcción de vivienda, remodelación y rehabilitación, conservación y mantenimiento.

VIII. COPLAMAR: UNA EXPERIENCIA VALIOSA

Marco jurídico y objetivos

Con propósitos de análisis, únicamente, describiremos una importante experiencia administrativa en el ámbito de la coordinación de instituciones públicas alrededor de un objetivo. La coordinación general del plan nacional de zonas deprimidas y grupos marginados (COPLAMAR), fue creada en 1977 con base al artículo 8º de la LOAPF para proponer medidas y atender las necesidades de las zonas deprimidas y los grupos marginados, y organizar las acciones de las dependencias y entidades dirigidas en estas zonas.

El sistema COPLAMAR se planteó como tarea principal, mediante programas sectoriales, el desarrollo social y productivo de las comunidades cuyas condiciones de vida son extremadamente difíciles.

En su concepción más sencilla COPLAMAR consistió no en una dependencia, sino en un mecanismo administrativo para asignar recursos presupuestales de distintas secretarías a un objetivo común y a programas específicos previamente definidos.

COPLAMAR disponía de un grupo pequeño de no más de cuarenta técnicos y especialistas, quienes definían los programas anuales para las zonas marginadas. Una vez definidos, los programas pasaban a formar parte del presupuesto normal de diversas secretarías y organismos. Los recursos asignados quedaban “etiquetados” a un objetivo y la propia secretaría o entidad no podía cambiarles destino.

Los técnicos de COPLAMAR vigilaban que en el transcurso del ejercicio fiscal anual, las dependencias cumplieran con los montos y tiempos de los respectivos programas COPLAMAR.

COPLAMAR fue una experiencia administrativa aleccionadora porque permitió el aprendizaje de la organización horizontal, denominada también “administración por proyecto”, contrapuesta a la tradicional organización vertical por funciones.

Relaciones intersectoriales

Los programas se llevaron a cabo en coordinación con diferentes dependencias y entidades del gobierno federal y se orientaron a satisfacer las necesidades elementales de salud, alimentación, vivienda, agua potable, caminos, educación y empleo de los grupos marginados, principalmente de aquellos que habitan en el medio rural.

Los principales programas en que participó COPLAMAR fueron los siguientes:

El programa de solidaridad social por cooperación comunitaria, realizado en coordinación con el IMSS para otorgar atención médica a través de unidades médicas rurales y clínicas-hospital de campo, a cambio de la realización de obras o actividades de beneficio comunitario. El programa IMSS-COPLAMAR, actualmente lo lleva a cabo el propio IMSS.

El programa CONASUPO-COPLAMAR de abasto a zonas marginadas, realizado entonces en coordinación con DICONSA, filial de CONASUPO, y algunas dependencias

federales y la comisión nacional de la industria azucarera (abastecimiento de azúcar). Su objetivo fue distribuir y abastecer de productos básicos –principalmente maíz, frijol, arroz y azúcar- a 199 almacenes y 6,096 centros de distribución en 100 municipios del país.

Programa de capacitación y empleo cooperativo para el fomento de los recursos naturales. Participaron COPLAMAR, la secretaría del trabajo y previsión social y la secretaría de agricultura y recursos hidráulicos. Objetivo: creación de empleos permanentes en el medio rural, capacitación de la fuerza de trabajo campesina a fin de participar en la formación y reconstrucción de los recursos naturales de zonas marginadas y erosionadas, a través de la creación y operación eficiente de sociedades cooperativas.

Hubo además otros programas: el de construcción de caminos y dotación de agua potable en zonas marginadas; el de mejoramiento de la casa rural; y, el sistema de casas-escuela para niños de zonas marginadas, realizado en colaboración con la SEP.

Como puede apreciarse, COPLAMAR más que una institución constituyó un mecanismo de coordinación de un programa. La denominación COPLAMAR hacía referencia a dos cosas diferentes; a una oficina coordinadora de un programa y al sistema integral de recursos e instituciones que se agruparon en torno a objetivos y acciones con una finalidad común. En este caso esa finalidad común fue abatir las manifestaciones de marginalidad. Se trató, entonces, de un programa que cruzó horizontalmente varios sectores y entidades. Fue muestra de una forma novedosa de organización de programas federales prioritarios.

Naturaleza de la organización