

500

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS ARAGÓN**



**PERSPECTIVAS DE LA VERIFICACIÓN
SANITARIA EN EL DISTRITO
FEDERAL PARA EL AÑO 2000**

285107

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A:
DAVID ZAMORA LOPEZ

ASESOR: LIC. LEOPOLDO GARCIA BERNAL





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedico el presente Trabajo de Investigación a :

La UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Ámbito de inclusión, tolerancia, historia, creación, dialogo, transformación, aquí desde donde se piensa el País; porque me dio voz y un espacio para ser

Al Profesor y Licenciado Leopoldo García Bernal

Por asesorarme de la manera tan profesional como lo hizo, en la elaboración de este trabajo.

A mi Familia:

Mis Padres, Rosy y Fino

Hermanos y Hermanas, Joel, Laura, Miguel, Enrique, Yolanda y Ricardo

Cuñados, Angeles, Malú, Eugenio, Carlos e Hilda

Sobrinos, Veronica, Liliana, Mauricio, Alejandro, Luis Enrique y Daniel

Por todo su apoyo, comprensión y aguante

A Karliita Malfavón Francisco, mi compañera en este viaje
Sin ella el amor sería incomprendible, gracias por todo y más

A los impugnadores sociales; a los que se atreven a soñar un mundo mejor; a quienes mantienen viva la esperanza de que en este País algún día conozcamos la Democracia; a los que luchan porque se reconozca que aunque no todos somos iguales tenemos los mismos derechos; a los hombres que han entregado sus vidas en los movimientos independentistas y por la liberación de los pueblos; a la Revolución Mexicana; a la libertad del hombre y su pensamiento sin ninguna posibilidad de censura o limite; a esa poderosa esencia conocida como amor; a la noche; a la nostalgia subterránea; al Primer Gobierno electo en la Ciudad de México; a los zapatistas; a Mandela; Simón Bolívar; "Che" Guevara; Sandino; Allende; Castro; Morelos; Bono; Lennon, especialmente al Ingeniero Cuauhtémoc Cárdenas por ser un ejemplo de congruencia entre el hablar y el hacer y por su probado amor a la Patria; a todo lo que ya viví y lo que espero vivir

A mis amigas y amigos sin ellos no hubiera podido caminar tantos caminos:

Carlos, Alberto, Mario, Benjamín, Andrés, Alejandro, Miguel, Manuel, Julian, Luis Manuel, Tonatiuh, Maro, Alfredo, Saúl, Jesús, Ricardo, Juan José, Liber, Martha, Maria Antonieta, Rocío, Nadia, Rosa, Edith, Elena, María Elena, Sandra, Patricia y muy especialmente a Lázaro Cárdenas Batei, Raúl Reyes Ramírez y Bart.

A los que no incluí por culpa de mi mala memoria, pero que forman parte de mi vida, GRACIAS.

ÍNDICE

	Pag.
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I.- ORIGEN LEGAL DE LA INSPECCIÓN SANITARIA	6
1. 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	7
1. 2. Reglamento de la Policía Sanitaria en el Distrito y Territorios Federales del 11 de mayo de 1950	19
1. 3. Ley General de Salud	20
1. 4. Ley de Salud para el Distrito Federal de 1987	35
CAPITULO II.- LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL	42
2 1. Programa de Reforma del Sector Salud	43
2 2. Decreto por el que se crea el Organismo Descentralizado de la Administración Pública del Distrito Federal denominado "Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"	58
3 3. Las Elecciones para Jefe de Gobierno del Distrito Federal del 6 de julio de 1997	64
2 4. La Ciudad de México: Una entidad en transición	69

CAPITULO III.- LA REORGANIZACIÓN DE LA VERIFICACIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL 82

3. 1 Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal	83
3. 2 Decreto por el que se adiciona un artículo transitorio al Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal	86
3. 2. 1. El inicio de la Reorganización de la Actividad Verificadora: Acuerdo 1/98	87
3. 2. 2. La otra vertiente : La Regularización de Establecimientos: Acuerdo 2/98	90
3. 3 Reformas a la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal	92
3. 4 Reformas a la Ley de Salud para el Distrito Federal	94
3. 5 Reforma al Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal	105

CAPITULO IV.- LA VERIFICACIÓN SANITARIA EN EL DISTRITO FEDERAL HACIA EL AÑO 2000 115

4. 1. Modernización de la Verificación Sanitaria	116
4. 1. 1. El Perfil del Nuevo Verificador Sanitario	116
4. 1. 2 La Verificación Aleatoria	119
4. 1. 3 El Sistema de Verificación Empresarial	120
4. 2. Autocontrol de los Particulares	121
4. 3. El Fomento Sanitario	121

CONCLUSIONES 123

BIBLIOGRAFÍA 125

INTRODUCCIÓN

La Ciudad de México, es por sus características económicas, políticas, sociales, culturales y demográficas, una ciudad con problemas complejos, además con grandes rezagos. por otro lado su sociedad es, cada vez más informada en consecuencia más participativa, por lo tanto la solución de sus complejos problemas requiere de acciones de Gobierno eficaces, planeadas, consistentes; que realmente resuelvan de fondo los problemas existentes, además de incluir en este proceso a la ciudadanía para que, juntos sociedad y gobierno logren estos objetivos, en este orden de ideas, los mecanismos idóneos para tal tarea los constituyen los plebiscitos, consultas, adicionalmente la conformación de comités vecinales para que impulsen iniciativas, que vigilen y coadyuven en las acciones de gobierno.

El pasado 6 de julio de 1997, los habitantes de la Ciudad de México, eligieron al Jefe de Gobierno, como consecuencia de la Reforma Política para el Distrito Federal, reforma aún inacabada ya que prevalecen necesidades para la plena conformación jurídico-política del Distrito Federal como una entidad soberana y autónoma.

No obstante, la elección democrática del Jefe de Gobierno ha sido un gran avance, ya que desde la óptica sociológica esta elección es todo un referente debido a que el candidato que resultó electo, el Ingeniero Cuauhtémoc Cárdenas Solorzáno, fue un candidato de oposición - así, sin geometrías políticas -, al sistema; por lo tanto, quedo evidenciado de manera fehaciente e inequívoca, el rechazo que la sociedad de la Ciudad de México siente contra la caduca y anquilosada estructura del partido en el poder, ya que el saldo que han dejado las administraciones priístas ha sido desastroso pues ha sido consecuencia de practicas viciadas que a su vez han generado, entre otras, dos grandes lacras, que es urgente erradicar; impunidad y la corrupción, que han favorecido el asentamiento de una subcultura que ha degenerado la relación entre gobernados y autoridades. De esta forma el Estado de Derecho y las instituciones se tornan en una abstracción con cada vez menos presencia legítima entre la sociedad

El triunfo electoral del actual Jefe de Gobierno provocó de manera natural, grandes expectativas, sin embargo, no se han resuelto los problemas estructurales de la Ciudad de México, por múltiples razones, aun es una entidad en transición, por ejemplo; la Asamblea Legislativa, no es formalmente un Congreso Local, se carece de Constitución Política propia, existen severas limitaciones para contraer deuda pública, a las Delegaciones Políticas se les excluye de programas que dotan de recursos a los municipios, etc. Sin embargo la causa principal es que el Gobierno Federal sostiene un proyecto económico y político diametralmente opuesto al del Distrito Federal.

No obstante, la participación ciudadana es fundamental para la toma de decisiones trascendentes, uno de los variados problemas planteados al Jefe de Gobierno fue el de la verificación, popularmente conocida como inspección, a establecimientos comerciales, industriales y/o de servicios, debido al entorpecimiento que representa a

la actividad productiva esta acción de gobierno, además de los vicios que trae aparejada, la extorsión, la violación a las normas, impunidad y corrupción, finalmente, el daño o perjuicio de no aplicar correctamente la verificación se traduce en que la salud y la vida de la sociedad se encuentran en permanente riesgo.

Este problema origino una demanda ciudadana, que motivo al Jefe de Gobierno a ordenar la reorganización de la actividad de verificación, suspendiendo la misma por decreto y acuerdos respectivos.

En relación a la verificación sanitaria el problema es mucho más complicado debido a que el 3 de julio de 1997 el Ejecutivo Federal decreto la descentralización de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, cabe mencionar que la Dirección de Regulación Sanitaria en el esquema de la administración federal, era la autoridad competente para la vigilancia y control sanitario, mediante la Verificación Sanitaria a los establecimientos comerciales, industriales y de servicios de todo el Distrito Federal, a pesar de lo anterior, tanto en el decreto de referencia como en el convenio expedido para regular esta transferencia, se omite en forma total y presumiblemente dolosa, definir las facultades de la Dirección de Regulación Sanitaria, por otro lado el Manual de Organización General del Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, actualmente transformado en Secretaría de Salud local, tiene en congruencia con la Ley de Salud para el Distrito Federal las atribuciones de regulación y control sanitario en materia de salubridad local, sin contar con estructura para el desarrollo de esta actividad, adicionalmente la Secretaría de Salud federal se reservó mediante acuerdo número 141 de fecha 29 de julio de 1997, el catalogo de giros materia de salubridad concurrente sujetos a verificación sanitaria, todas estas circunstancias crean vacíos o lagunas de ley que requieren de un análisis y reforma profunda.

Por lo anterior, se plantea en la presente investigación un nuevo esquema jurídico administrativo integral, para la Verificación Sanitaria en el Distrito Federal, que incluya reformas a diversos ordenamientos, la posibilidad de adicionar otras y suscribir algunos acuerdos en materia de salubridad concurrente con la federación, así como la profesionalización de los verificadores sanitarios y la emisión, con carácter de apéndice de un Manual del Verificador Sanitario que se desprenda del Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal, que desde luego precise qué, cómo, donde y para qué se verifica, pretendiendo de esta manera eliminar discrecionalidad en el ejercicio de la actividad de verificación por parte de la autoridad.

En el capítulo primero se explora el marco histórico y conceptual legal mínimo necesario para acercarnos al problema de la Regulación Sanitaria.

El Plan Nacional de Desarrollo dispone la Descentralización para el fortalecimiento de la República, bajo esa óptica se desarrolla esta figura pero en el Distrito Federal genera graves problemas al grado de desactivar la Verificación, situación que se aborda en el segundo capítulo.

En los capítulos tercero y cuarto se conocen los avances de este gobierno en relación al tema y se perfila un apéndice al Reglamento de Verificación Administrativa.

La investigación se desarrolló fundamentalmente sobre la base documental; libros, revistas, periódicos, Manuales Administrativos, Guías Técnicas, informes institucionales, Programas de Trabajo de las instituciones del Sector Salud e incluso algunas entrevistas a funcionarios del ramo.

CAPITULO I.- ORIGEN LEGAL DE LA INSPECCIÓN SANITARIA

- 1 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- 1 2. Reglamento de la Policía Sanitaria en el Distrito y Territorios Federales del 11 de mayo de 1950
- 1 3 Ley General de Salud
- 1 4. Ley de Salud para el Distrito Federal de 1987

1. 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Primera etapa - Incluye los hechos ocurridos antes de la promulgación de la Constitución de 1917.

Durante el siglo XIX y principios del actual, la función primordial que se reservaba el Estado era la de garantizar los derechos individuales y, por ello, no se concebía un sistema público de prestación de servicios de salud. De acuerdo con esa concepción, el Gobierno de la República se limitó a llevar a cabo acciones de control epidemiológico, fundamentalmente en puertos y fronteras.

La asistencia social, ámbito de los servicios de salud, se manifestaba en acciones aisladas y coyunturales.

Las organizaciones eclesióásticas, las instituciones de asistencia privada y los particulares asumieron, de manera desarticulada y casuística, responsabilidades en materia de asistencia social. Más adelante la desamortización de los bienes del clero motivó que las instituciones de asistencia en el Distrito Federal quedaran bajo el control del Gobierno Federal. La autoridad civil ejercía la vigilancia de los establecimientos asistenciales administrados por el Ayuntamiento a través de la Secretaría de Gobernación.

En 1872 el Consejo Superior de Salubridad, creado en 1846, fue transformado y poco después se crearon Juntas de Sanidad en los Puertos.

Merece destacarse que en 1894 se expidió el primer Código Sanitario, que concedió autoridad al Ejecutivo Federal sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios, y que en 1899 entró en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales, la cual establecía una junta para promover y vigilar los establecimientos.

Se advierte así que en la segunda mitad del siglo pasado el Estado no asumió la responsabilidad de prestar atención médica conforme a un criterio de universalidad. Las acciones efectuadas de prevención y restauración de la salud, en su mayoría se constituían en expresión de algunos grupos y sistemas sociales preocupados por el bienestar de ciertos grupos de población desprotegidos.

Segunda etapa.- Comprende lo acontecido entre 1917 y 1982.

Esta etapa se inicia con la Constitución Política de Querétaro, cuyo artículo 73 confía a los poderes nacionales la salubridad general de la República y que previene la creación de dos dependencias básicas de salud: el Departamento de Salubridad (ahora Secretaría de Salud) y el Consejo de Salubridad General.

La Constitución de 1917, producto de la primera revolución social del siglo XX, agrega los derechos sociales a los derechos individuales. En su artículo 123 se establecen las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores.

En 1934 entró en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, que previno la celebración de convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los Gobiernos de los Estados para que se crearan los Servicios Coordinados de Salud Pública, órganos regionales de competencia coordinada y concurrente, para así sumar los esfuerzos de los dos niveles de gobierno y lograr la unificación técnica de los servicios

En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia, la cual, en 1943, se fusionó con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ahora Secretaría de Salud

La Ley de Secretarías y Departamentos de 1947 otorga a la Secretaría de Salubridad y Asistencia facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia pública. En ese mismo año se confía a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

En 1954 se creó la Comisión Nacional de Hospitales; por decreto se encomendó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la tarea de orientar los programas de construcción y organización de unidades hospitalarias y se declaró de interés y beneficio social la campaña para erradicar el paludismo.

En 1977 se estableció el Sector Salud, con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal entendido como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud.

En 1978 se instituyó la Comisión Intersecretarial de Saneamiento Ambiental, como instancia de apoyo a la coordinación de las acciones que en materia de mejoramiento del ambiente llevan a cabo distintas dependencias y entidades.

Esta etapa se caracteriza por la centralización de los servicios de salud. Aún cuando se desarrollan acciones importantes, éstas no están suficientemente programadas en forma integral para la prestación de los servicios de salud, lo que conlleva la dificultad de definir en esta etapa un Sector Salud formalmente constituido.

Tercera etapa.- De eventos recientes que se inicia en 1982. Los lineamientos definidos por el titular del poder Ejecutivo en su toma de posesión se convirtieron en el Plan Nacional de Desarrollo en directrices para la actual etapa de los servicios de salud, contenidas en el Programa Nacional de Salud.

Entre las primeras acciones que emprendió la Administración correspondiente a esta época, destaca la iniciativa de adición al Artículo 4º de la Constitución que una vez concluido el proceso constitucional correspondiente fue publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de febrero de 1983.

“El párrafo tercero del artículo 4º Constitucional consagra el derecho a la protección de la salud como una garantía social y señala que una ley establecerá las bases y modalidades del acceso a los servicios de salud así como la concurrencia en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas.”¹

Igualmente fue reformada la fracción I del Artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para enriquecer la vocación normativa y coordinadora de la Secretaría al encargarse de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, y coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que se determinen. Así el Sector Salud queda integrado por todas las entidades e instituciones de la Administración Pública Federal que desarrollan funciones en la materia.

En noviembre de 1983 el Presidente de la República envió al H. Congreso de la Unión la iniciativa de Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo 3º del Artículo 4º constitucional. El 7 de febrero de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación ese ordenamiento, que define la naturaleza y composición del Sistema Nacional de Salud, así como las facultades que se atribuyen a la Secretaría en su carácter de coordinadora de dicho Sistema.

En este sentido resulta importante mencionar origen y facultades de dicha dependencia.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia fue creada por decreto de 15 de octubre de 1943. Comprende dos ramas que son: La de Salubridad y la de Asistencia, que tienen, respectivamente, orígenes diversos.

Salubridad. Antes de la Independencia y hasta diez años después de consumada ésta, el encargado de la salubridad era el protomedicato. En el año de 1830 se creó la Facultad de Medicina, que asumió esta función y a la cual se le concedieron facultades para arreglar el código relativo a las leyes sanitarias. Sustituyó en este ejercicio el Establecimiento de Ciencias Médicas, creado en 1833. Fue hasta el 4 de enero de 1841 en que legalmente apareció el Consejo de Salubridad General, que dependía de la Secretaría de Gobernación. En el año de 1917 se creó el Departamento de

¹ Manual de Organización General de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación, 21 de noviembre de 1988, p. 666

Salubridad Pública, cuya existencia se prolongó hasta 1943, en que se fusionó con la Secretaría de Asistencia Pública.

Asistencia. Los antecedentes inmediatos del servicio público de asistencia derivan del decreto del 28 de febrero de 1861, en que se creó la Dirección General de Fondo de Beneficencia que manejaba los hospitales, hospicios y demás establecimientos de beneficencia del Gobierno de la Unión. Por decreto del 30 de agosto de 1862 se creó la Dirección de Beneficencia Pública y se mandó que los establecimientos de caridad quedaran a cargo del Ayuntamiento. En 1887 la Dirección de Beneficencia Pública recobró el manejo de los establecimientos de caridad. Por decreto del 16 de julio de 1924, se instituyó la Junta Directiva de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, que tuvo las atribuciones que antes tenía el Director General de Beneficencia Pública. Este organismo funcionó hasta la expedición del decreto del 31 de diciembre de 1937, que modificó la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando la Secretaría de Hacienda Pública. Finalmente el 15 de octubre de 1943 se fusionaron, como se mencionó anteriormente la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública, naciendo la Secretaría de Salubridad y Asistencia, denominación que se mantuvo hasta el 21 de enero de 1985 fecha en que es reformada la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se dio el nombre de Secretaría de Salud cambiando algunas de sus funciones.

Atribuciones de la Secretaría de Salud

Se ocupa principalmente de:

Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; 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;

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 Distrito Federal;

Aplicar a la Asistencia Pública los fondos que le proporcione la Lotería Nacional y los Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública; y administrar el patrimonio de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, en los términos de las disposiciones legales aplicables, a fin de apoyar los programas de servicios de salud;

Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores; administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública;

Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud,

Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes;

Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud; dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento.

Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República; dirigir la política sanitaria general de la República, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana; dirigir la policía sanitaria especial en los puertos, costas o fronteras, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando afecte o pueda afectar a la salud humana;

Realizar el control higiénico en inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y circulación de comestibles y bebidas; realizar el control de la preparación, aplicación, importación y exportación de productos biológicos, excepción hecha de los de uso veterinario; regular la higiene veterinaria exclusivamente en lo que se relaciona con los alimentos que puedan afectar a la salud humana,

Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra, estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad;

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, con excepción de lo que se relaciona con la previsión social en el trabajo; administrar y controlar las escuelas, institutos y servicios de higiene establecidos por la Federación en toda la República exceptuando aquellos que se relacionen exclusivamente con la sanidad animal;

Organizar congresos sanitarios y asistenciales; prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los Gobiernos de los Estados y Distrito Federal;

Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley

General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de Salubridad General;

Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer a su cumplimiento; y, los demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos.

La Ley define también los campos de salubridad general; atención médica, salud pública y asistencia social y redistribuye, con ánimo descentralizador, la competencia sanitaria entre la Federación y las entidades federativas, como lo dispone la enmienda constitucional. Igualmente define la naturaleza del derecho a la protección de la salud e instituye los mecanismos que deberá utilizar el Estado para disponer de las condiciones que aseguren su cumplimiento creciente.

El 30 de agosto de 1983 se expidió el decreto mediante el cual el Ejecutivo Federal establece las bases a las que se sujetará el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud y con base en este decreto, en febrero de 1984, los gobiernos Federal y estatales, en el marco del Convenio Único de Desarrollo, convinieron en promover la descentralización de la vida nacional y fortalecer las bases del régimen federal, así como en realizar las acciones necesarias para llevar a cabo la integración programática de los servicios de salud en los Estados y, posteriormente, la integración orgánica de los servicios de salud a la población abierta de la SSA, del Instituto Mexicano del Seguro Social-Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (IMSS-COPLAMAR) y de la propia entidad

El Ejecutivo Federal expidió el 8 de marzo de 1984 el decreto por el que se descentralizan a las entidades federativas los servicios que presta la Secretaría en los Estados y los que, dentro del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, proporciona el IMSS.

El 7 de agosto de 1984 fue aprobado por el Ejecutivo Federal el Programa Nacional de Salud. Este programa se articuló a partir de las estrategias básicas de descentralización, sectorización, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación de la comunidad

El 16 de agosto de 1984 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las Bases de Coordinación para la Integración y Descentralización de los Servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Departamento del Distrito Federal.

La expedición de los instrumentos jurídico-administrativos referidos con antelación derivaron en modificaciones sustanciales acontecidas al interior de la Secretaría. A partir de 1982 y en atención a la nueva concepción de organización y prestación de los servicios de salud a población abierta, se llevaron a cabo cambios de fondo en el esquema de organización y funcionamiento de la dependencia, a efecto de conformar

la infraestructura administrativa necesaria que sustente el desarrollo de las nuevas facultades y funciones conferidas a la Secretaría.

La actual etapa de desarrollo de los servicios de salud se caracteriza por el propósito de establecer y consolidar el Sistema Nacional de Salud, apoyado en una descentralización y sectorización conducida por la Secretaría de Salud

Asimismo, se identifica esta etapa por el uso intensivo de la programación sectorial como un ejercicio participativo y ordenador que permita el uso eficiente de los recursos y la adopción de las medidas necesarias para el goce del derecho a la protección de la salud. Además esta etapa se caracteriza por el criterio descentralizador de los servicios a población abierta y en materia de modernización administrativa y legislativa de la salud, a través de la simplificación y racionalización de las estructuras, procedimientos y sistemas de gestión, así como por la puesta en vigor de nuevos ordenamientos en materia de descentralización.

Es común que se asocie el concepto de derecho de la salud con la obligación del Estado de proporcionar servicios médicos gratuitos a la población que no tiene acceso a otros servicios de esta especie. Sin embargo, esta asociación abarca solamente el sentido subjetivo del derecho, es decir, entendido como la facultad reconocida a los individuos por la ley, para la satisfacción de sus propias necesidades

“El derecho a la salud, en una primera aproximación, es mucho más amplio que las diversas actividades que una administración gubernamental implanta y desarrolla en apoyo de la protección de la salud de los gobernados, que por regla general se traduce en la prestación de un servicio público, puesto que en un sentido amplio, como la Organización Mundial de la Salud la ha concebido, “la salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo. La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones económicas, sociales y culturales, y es, con ellas, un componente sinérgico del bienestar social”²

La doctrina en la materia, en nuestro país, es aún escasa en torno a los orígenes y fines de esta disciplina, así como la conceptualización misma del derecho de la salud, como una rama específica del derecho, fenómeno que puede ser lógico, puesto que apenas hace algunos años se acuñó lo que hoy en día se ha convertido en una de las principales materias del derecho social, representando éste la protección jurídica de los económicamente débiles, con el objetivo general de lograr un equilibrio efectivo entre los diversos grupos o clases sociales, puesto que el sentido social del derecho, más que una doctrina o una escuela jurídica, es la vida misma, como conceptualizara Rougier. El derecho social es de tal trascendencia que sus reglas fundamentales han sido consagradas en los textos constitucionales de la mayoría de las naciones del mundo.

² Moctezuma Barragán, Gonzalo, et al, Perspectivas de la Legislación de la Salud. México Ed. Porrúa, 1995, p 213

Nuestra Constitución General de nuevo ha sido pionera, al velar porque la actividad gubernamental en el área de la salud no se constriña exclusivamente a las obligaciones de no hacer por parte del Estado, como postulan las garantías individuales, sino que por el contrario, el orden jurídico supremo del Estado mexicano dispone que los diversos órdenes de gobierno deben generar las condiciones necesarias para que la protección de la salud vaya adquiriendo efectividad paulatinamente.

Son tantas las necesidades humanas cuya satisfacción dentro de los límites de la vida social es necesaria, que su enumeración es sencillamente ilimitada y sus peculiaridades muy diversas, encontrándose los individuos, aún como integrantes de la comunidad, imposibilitados para darse ellos mismos con toda la eficacia, la proporción y la oportunidad debidas, la asistencia recíproca que requieren. Es así como las disposiciones programáticas, dentro de las cuales se encuentra el derecho a la salud, se convierten para los agentes estatales en estímulo y guía de la acción pública, mientras que para el pueblo representan la esperanza de que algún día se acatarán.

Al Estado, entonces, como ente rector dotado de una función organizadora, le incumbe la administración de los bienes, en la categoría de servicios públicos, en su mayoría. Sin embargo, existen múltiples servicios en los que la autoridad fomenta la iniciativa de los particulares, o bien opta por suplirla cuando falta o es notoriamente incapaz de realizar por sí misma los fines que le corresponde. De ahí que los gobiernos de los últimos cincuenta años han contado dentro de sus distintas estructuras administrativas con órganos dotados de funciones específicas para atender los requerimientos básicos de salud de la población.

En el marco legal, diversos han sido los ordenamientos que han regulado las actividades gubernamentales en el cuidado de la salud, que fueron dotando a los poderes constituidos de atribuciones para regular la siempre creciente práctica de los particulares en diversas materias que inciden en el cuidado de la salud comunitaria, como lo son los servicios de atención médica y la regulación sobre actividades, establecimientos, productos y servicios comerciales

En efecto, conforme al desarrollo de la economía de nuestro país, los diversos campos de la actividad productiva han generado la necesidad de que la administración de los servicios de salud se expanda, aunque no siempre al mismo ritmo, lo que por mucho tiempo propició la expedición de ordenamientos jurídicos específicos que regularan cada actividad. Desde luego, estos ordenamientos nunca formaron un conjunto homogéneo de normas, lo que trajo como consecuencia la aplicación de la legislación sanitaria fuera altamente complicada y heterogénea. Han sido ocho los códigos sanitarios que se han expedido a partir del 15 de julio de 1891 y no existe estadística respecto de los diversos reglamentos que con base en ellos y en ocasiones al margen de los mismos, fueron expedidos.

“El jurista José Francisco Ruiz Massieu encabezó la respuesta en la década de los ochenta, siendo ésta la década del derecho sanitario, pues reclamó el interés y el esfuerzo de los profesionales del derecho, en mayor medida de quienes fueran funcionarios públicos, o políticos, y en una menor escala de los abogados dedicados al patrocinio de asuntos privados o de forma sistemática a la actividad académica”³.

Situación que se funda en las raíces mismas del constitucionalismo mexicano, puesto que fue precisamente José Francisco Ruiz Massieu, a instancia del doctor Guillermo Soberón Acevedo, Secretario de Salubridad y Asistencia, quien preocupado por sentar las bases para un Sistema Nacional de Salud que respondiera a la demanda popular de una vida sana, confeccionara la estrategia jurídica que partió de la reforma constitucional

El crecimiento de la población, el fenómeno de la concentración en las grandes urbes, la crisis económica. fueron, entre otros, factores que el Constituyente Permanente tomó en cuenta, cuando en la iniciativa de adición al artículo 4º constitucional se hizo manifiesto que “La innegable vinculación que existe entre el mejoramiento de la salud, el bienestar de la población, la distribución del ingreso, el empleo, el disfrute del tiempo libre. el incremento de la productividad y de la producción, son unos de los retos a los que se enfrentan las sociedades que buscan ser cada vez más igualitarias”.

Con la reforma constitucional se buscó dotar en un marco programático que la actividad gubernamental se encaminara a dar protección a la salud de todos los mexicanos, con el concurso de la sociedad y de los individuos beneficiarios. Visionariamente, la reforma propuso revertir el proceso centralizador que desde principios de siglo se iniciara, con miras a dotar a los individuos de los medios para conservar su salud, lo que condujo al gobierno federal a adoptar responsabilidades propias de las jurisdicciones locales y municipales, bajo el esquema de lo que en la época se conociera como un “nuevo federalismo cooperativo”, concebido a través de las políticas de descentralización.

Con esta filosofía descentralizadora, el derecho a la protección de la salud se incluyó, en el año de 1983, al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con el siguiente texto: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y distribuirá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

Esta disposición se ha catalogado como una garantía social de carácter programático, al establecer directivas de acción para los poderes constituidos.

Las normas programáticas se han considerado por la doctrina como impropias, puesto que no están revestidas de coercitividad, lo cual significa que no puede obligarse a su

³ Ibidem p 215

cumplimiento por sí mismas. Sin embargo, el hecho de no poder hacerlas exigibles por la vía judicial, no desestima su consagración en nuestra carta magna, puesto que como el mismo Ruiz Massieu dijo: "el derecho es la coordinación de los valores sociales en juego dialéctico y no mero resorte coactivo", lo que implica que en los sistemas avanzados, el uso de la coacción para exigir el cumplimiento de las normas es excepcional, ya que su cumplimiento es espontáneo por el gobernado, puesto que coincide con su moral interna, consolidando lo que los clásicos señalaran al definir al derecho como el *ars boni et aequi*. Tendremos entonces una sociedad más justa y equitativa, precisamente cuando todos los mexicanos estemos convencidos de que el cuidado de nuestra salud es responsabilidad de cada uno. "Mientras no logremos que la salud sea parte del desarrollo y su fin, será difícil que la programación y planeación estratégica de la salud pueda ser definida; el concepto de salud únicamente como medio para la productividad ya ha sido superado. La salud tiene que ser el fin del desarrollo". Es así como Jesús Kumate Rodríguez, lo expreso.

Con base en la disposición adicionada a la Constitución General de la República, inspirándose en la filosofía de dotar a los individuos de la libertad necesaria, sustrayéndose de normas tutelares y teniendo como eje rector disminuir los excesivos dispositivos burocráticos existentes en materia de salud, se presentó la iniciativa para la expedición de la Ley General de Salud.

Es en esta fase en donde se construye lo que ya podemos conceptualizar como derecho de la salud

Incluso algunos tratadistas contemplan al derecho de la salud como una rama especializada del derecho administrativo, que tiende hacia su autonomía, dado que la actividad del Estado en sus diversas ramas, en este caso, la protección de la salud, se va separando del orden administrativo preestablecido, puesto que su objeto de conocimiento es propio y tiene un régimen y una sistematización independiente, que tiende, mediante la construcción paulatina de una estructura normativa, hacia la especialización.

Podemos entonces conceptualizar al derecho de la salud como el sistema de normas jurídicas de derecho social, que tiene por objeto regular los mecanismos para garantizar la protección de la salud como bien supremo del hombre, a través de la delimitación del campo de la actividad gubernamental, con la finalidad de que sirva como medio para obtener justicia social.

A más de una década de haberse elevado a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, con lo cual surge el derecho de la salud, muchos han sido los retos que nuestro país ha enfrentado en este ámbito; los reclamos de la comunidad han variado con el aumento de la expectativa de vida, con la identificación de enfermedades antes desconocidas o incluso el regreso de aquellas que responden a ciclos.

Dejó de ser usual que los médicos den solución a las diversas problemáticas que enfrentan en su práctica, basados más en el sentido común, en la vocación de servicio y en las necesidades inmediatas, que en las normas jurídicas vigentes. Para enfrentar los retos, la administración pública, en sus diversos órdenes de gobierno, ha tenido que recurrir a esquemas modernos de organización y al diseño de estrategias innovadoras, que se enmarcan ahora en el concepto de justicia social. La implementación de todas estas políticas y estrategias de gobierno han requerido del trabajo arduo de los abogados de la salud, para que la legislación correspondiente no quede al margen del vertiginoso cambio de nuestra sociedad. Por ello, lejos de ser estático y rígido, el derecho de la salud ha tenido que ser dinámico y flexible.

Recordemos, sin embargo, que la administración pública es la fase del gobierno que consta de la ordenación cooperativa de dirección de su conducta, para la realización de los fines del sistema político, por lo cual se aprecia que el factor humano es el que juega el papel más importante en la naturaleza misma de la administración pública, así como en cualquier relación humana. Es evidente, pues, que en las reformas a las instituciones administrativas deberá considerarse como factor fundamental el cambio de la actitud humana sobre una base de colaboración y comprensión, más que con base en decisiones unilaterales que no siempre conducen al bien común.

El hermético campo de la medicina tiene que abrirse a la multidisciplina, puesto que la salud es demasiado importante para dejársela a los médicos aunque el derecho es demasiado importante para dejárselo a los abogados. Por esas razones, sólo integrando equipos multidisciplinarios bajo el signo aquel de la definición clásica de la justicia de darle a cada quien lo suyo, podemos seguir adelante dando a cada uno de los profesionales que concurren en el equipo de salud, lo suyo, para que cada uno contribuya con lo que le corresponde. El abogado es protagonista del proceso de salud mirado como lo es, un proceso social, un proceso administrativo y aún señaladamente un proceso político. No podría haber un buen tratamiento de la salud desde la perspectiva exclusiva de cualquiera de los actores o protagonistas de este proceso de salud.

En la actuación gubernamental se hace imprescindible fomentar la vocación pública, cuya mayor virtud consiste en la amalgama entre servicios y honestidad. Lo que nuestra sociedad quiere son servicios, que cuando tenga necesidad de atención médica o de resolver una emergencia, nuestro Sistema Nacional de Salud pueda hacerlo.

La regulación sobre temas como la vigilancia sanitaria, la prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud, el control sanitario de la publicidad, la lucha contra las adicciones y la disposición de órganos y tejidos, han sido redefinidos, con ello, el nuevo esquema de apertura comercial de nuestro país, así como los avances tecnológicos en las disciplinas de la salud, han tenido una respuesta sólida en las normas jurídicas, que han sido promovidas por un conjunto multidisciplinario de profesionales

Como un producto de la Tercera Revolución Industrial, los avances científicos en el campo de las biotecnologías y de la ingeniería genética nos han permitido pensar y vivir en un mundo de verdadera ciencia ficción, en donde estamos a punto de conocer el origen de las enfermedades y de los males congénitos, aun antes del nacimiento. Podrían corregirse entonces defectos del nacimiento o enfermedades crónico-degenerativas, usualmente transmitidas en forma hereditaria.

Esta clase de perspectivas obligan a los administradores públicos a dejar las fronteras de la realidad normativa y a buscar, adelantándose a los hechos, regulaciones de vanguardia que en lugar de convertirse en lastre para el investigador de las ciencias biológicas, le brinden un marco amplio de acción en el cual pueda desarrollar sus actividades.

Los trasplantes dejaron el campo exclusivo de la investigación biomédica al convertirse en una realidad, cada vez son mayores los beneficios que se obtienen a través de la utilización, puesto que en nuestro país desde hace un buen tiempo han ingresado ya al abanico de opciones terapéuticas. El derecho no se ha dejado esperar, recientes reformas a la Ley General de Salud redefinieron el concepto de la muerte y de la vida misma, dando soporte legal a la utilización de las células germinales y del preembrión a través de las técnicas de la fertilización asistida.

La procuración de órganos para trasplante, otro problema que aqueja al mundo, ha encontrado también en nuestro medio un sustento normativo; mediante la afiliación de acuerdos de coordinación entre la federación y cada una de las entidades federativas se han simplificado los tramites administrativos necesarios para la rápida obtención de órganos y tejidos de cadáveres en los que se haya certificado la pérdida de la vida, como consecuencia de muerte cerebral y que sean objeto de una indagatoria ministerial. Corresponde ahora estudiar la posibilidad de legislar en torno a la donación presunta, a través de la cual las intrusiones, autorizadas por ministerio de la ley, pudieran tomar órganos y tejidos de cadáveres sin necesidad de obtener consentimiento expreso por escrito de los disponentes, siempre y cuando estos no se opongan fehacientemente, con lo cual se fomentaría la verdadera función social del cadáver. Desde luego que la utilización del cadáver bajo este medio tendría que ir buscando cabida en la idiosincrasia de nuestra gente, respetando las costumbres religiosas.

Mientras tanto, se ha elaborado una reglamentación, que actualiza la primera normatividad en la materia, expedida en el año de 1985. En este reglamento se regula la disposición de órganos, tejidos y cadáveres para su utilización con fines terapéuticos, de docencia y de investigación; se consolida la regulación sobre la disposición de sangre, y por primera ocasión, se brinda toda una normatividad específica para la utilización de células germinales o gametos en técnicas de fertilización asistida, haciendo énfasis en los aspectos éticos que sobre dichos procedimientos deben prevalecer, campo en el que, a manera de ejemplos, se prohíbe la maternidad subrogada, tema por demás controvertido.

“¿Que modernizaciones reclama el derecho sanitario?”, planteaba Ruiz Massieu en el Primer Congreso Panamericano de Derecho Sanitario , celebrado en el año de 1989, con la finalidad de conocer las tendencias legislativas de los países latinoamericanos en torno al derecho de la salud. Dijo él en su mensaje, “Seguramente, en las preocupaciones futuras para la actualización de la legislación sanitaria revisarán las teorías tradicionales del derecho administrativo, por lo que se refiere a contingencias en la prestación de servicios públicos .. o inclusive, en los riesgos y daños que provocan actividades económicas de particulares” No se equivocó. Una de las principales preocupaciones en que los abogados sanitarios han trabajado, ha sido sensibilizar a los profesionales de las disciplinas de la salud, en precisamente el alcance de la responsabilidad que estos tienen en el desempeño de su profesión.”⁴

1. 2. Reglamento de la Policía Sanitaria en el Distrito y Territorios Federales del 11 de mayo de 1950.

El Reglamento que nos ocupa define ya en una forma sistemática la figura del agente sanitario, que era el sujeto encargado de la vigilancia de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario, es también en este instrumento en el cual se configura el antecedente del acta de verificación ya que era el medio por el cual el agente sanitario hacía constar el ejercicio de sus funciones, asimismo se instituyó que en toda actuación de vigilancia el funcionario público debía identificarse con credencial, la cual invariablemente tenía que ir firmada por el Oficial Mayor del Ramo.

Un elemento que es importante analizar es el que las ordenes para el ejercicio de Policía Sanitaria tenían dos variables, eran generales o especiales.

En las generales se ordenaba la vigilancia periódica o permanente para fines sanitarios de establecimientos, vehículos, personas u objetos dentro de un sector o zona determinados.

Las especiales contenían la orden de inspección u otra diligencia concreta respecto de personas, establecimientos u objetos específicamente determinados.

El agente sanitario tenía un término para iniciar el cumplimiento de dichas ordenes el cual era, tratándose de las generales, desde el momento en que recibía la orden, salvo que el mismo documento tuviera una referencia expresa, en otro sentido.

⁴ Ruiz Massieu, José Francisco, citado por Gonzalo Moctezuma Barragán en, Perspectivas de la Legislación de la Salud p 222

Las especiales debían ser ejecutadas dentro de las 24 horas siguientes a las que hubiere recibido la misma.

En general se observa que el procedimiento para la practica de visitas de inspección estaba medianamente regulado con el precitado instrumento, más, específicamente el Artículo 15 del Reglamento en referencia disponía: "Si durante sus labores un agente sorprende faltas o violaciones a las disposiciones del Código Sanitario o su reglamento y que puedan entrañar de inmediato un peligro grave para la seguridad pública, podrá, aún sin contar con orden escrita para ello, detener a la persona y recoger los objetos peligrosos para llevarlos inmediatamente a la oficina de su adscripción a fin de que ésta resuelva en el acto lo que fuere procedente."

En este artículo se observa una especie de capacidad de ejercicio extraordinario, tal como lo ordena la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. en un supuesto de peligro grave, no obstante, dicha acción derivaba en una discrecionalidad tal, que facilitaba el uso abusivo de la autoridad, además de interferir en la esfera competencial de la seguridad pública

Además el reglamento, que constaba de 18 artículos era excesivamente limitado, dado el universo de actuación de la autoridad sanitaria, aunado a que en aquel tiempo no se ceñía exclusivamente a la salubridad, sino como ya se ha explorado, su esfera competencial se extendía hacia la asistencia social.

Se observan dos situaciones básicamente criticables del Reglamento:

a) Un fondo represivo y discrecional que convertía al agente sanitario en un sujeto con facultades de actuación casi ilimitadas, y

b) Demasiado abstracto para el universo de actividades ante las cuales es necesario ejercer vigilancia sanitaria, el cual era - y es -, bastante amplio, debido a las repercusiones que la salud tiene en el tejido social y en la forma de vida de los mexicanos.

1. 3. Ley General de Salud

En la Ley General de Salud se sientan las bases para el proceso de descentralización, estableciéndose la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas, y creando, asimismo, un marco legal para la efectiva concurrencia de los tres niveles de gobierno: el de la Federación, el de los Estados y el de los Municipios.

En tal sentido en este punto se pretende presentar una revisión de dichas disposiciones, considerando, en primera instancia un espacio sobre generalidades

relativas a lo que significa la competencia, los elementos que la integran y su clasificación.

En un segundo apartado se aborda la distribución de competencias entre la Federación y los estados, según lo dispone la Ley General de Salud, incluyendo su agrupación en correspondencia con el nivel o los niveles del gobierno que las ejercen

Finalmente se hace la descripción de las facultades que integran cada uno de los grupos mencionados

“Se entiende por competencia al conjunto de atribuciones, facultades, obligaciones y responsabilidades que determina la Ley para las distintas personas jurídicas (Federación, estados, municipios, organismos paraestatales), así como los poderes a través de los cuales actúan (Legislativo, Ejecutivo, Judicial)”⁵

En materia administrativa, la competencia es asignada, a través de reglamentos a las unidades administrativas en particular La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que es una disposición del Congreso de la Unión, establece que corresponde a la Secretaría de Salud fijar la política nacional en materia de servicios médicos y salubridad general, pero es el Reglamento Interior de la Secretaría, disposición administrativa emitida por el Ejecutivo, el que asigna esa facultad en concreto al titular del ramo.

La competencia solo se establece por la Ley y solo se asigna por reglamento, es decir, por disposiciones jurídicas generales; de tal suerte, que no puede conferirse por acto consensual, a través de un convenio o contrato pues se trata de normas individualizadas. La competencia no es objeto de pacto.

En términos generales, la competencia comprende:

1.- Facultades exclusivas. Son aquellas que la Ley reserva a un determinado nivel de gobierno y que no pueden ser ejercidas por otro, pues de ser así, ese ejercicio se traduciría en una invasión de la esfera competencial; por ejemplo: gravar la venta de alcohol, es facultad exclusiva de la Federación; prestar los servicios de educación básica, es facultad exclusiva de los estados.

En esta esfera de competencia no se puede convenir el ejercicio de atribuciones por personas distintas a las que originalmente la Ley atribuye las facultades. Cualquier acto consensual que tenga como propósito facultar a la Federación para ejercer una facultad exclusiva de los estados, a los estados una atribución exclusiva de la Federación, sería nulo de pleno derecho y anticonstitucional. Lo mismo acontece en el caso de los estados, en relación a los municipios.

⁵ De la Fuente, Juan Ramón et, al. La Descentralización de los Servicios de Salud: Una responsabilidad compartida. Torno II, México, Consejo Nacional de Salud, 1998, p 46

2.- **Facultades concurrentes.** Son las atribuciones que por ley competen, tanto a nivel federal como al estatal y, en ocasiones al municipal. Ejemplo de facultades concurrentes son: legislar en materia de profesiones e impartir educación superior.

3 - **Facultades coordinadas.** Son las atribuciones que la Ley confiere simultáneamente a varios órganos o niveles de gobierno y para cuyo ejercicio se requiere la suscripción de un instrumento jurídico como convenio, acuerdo o bases de coordinación. La Ley General de Salud, en numerosos artículos, establece una serie de facultades a la Secretaría de Salud y, en los mismos, la faculta y en ocasiones la ordena a coordinarse con las entidades federativas para desarrollarlas.

El ejercicio de la competencia en la administración pública es decir, la manera en que los órganos centrales, desconcentrados, descentralizados, o las empresas públicas tanto federales como locales, cumplen con las responsabilidades, obligaciones y facultades, presenta diversas modalidades, según se trate de la competencia ejercida con órganos dentro de la misma estructura administrativa, o de instancias administrativas pertenecientes a distintos niveles de gobierno.

Las figuras jurídicas a través de las cuales es posible que un órgano que originalmente no detenta alguna facultad, pueda ejercerla, son las siguientes.

- **Delegación** Se presenta cuando la Ley y los reglamentos permiten a quien detenta originalmente cierta facultad ejecutarla a través de un órgano inferior en jerarquía. En este caso existe la delegación de facultades para suscribir convenios y contratos que el Secretario de Salud hace en favor de los titulares de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados. La delegación opera bajo dos premisas
 - a) Que la Ley o reglamento establezca que se trata de una facultad delegable, es decir, que no las señalen dentro de las indelegables
 - b) Que se publique, esa delegación en el Diario Oficial de la Federación.

Esta figura solo opera entre órganos administrativos del mismo nivel de gobierno y la misma estructura.

- **Avocación.** Por el contrario esta figura permite que un órgano superior ejerza las facultades que competen a un inferior. Ello no requiere formalidades específicas y obedece a los principios de decisión y mando que entraña la relación jerárquica en la administración.

Esta figura solo opera entre órganos administrativos del mismo nivel de gobierno y la misma estructura.

- Asunción. Se presenta cuando un órgano administrativo de gobierno, presta los servicios que originalmente corresponden a otro órgano de distinto nivel de gobierno, debido a insuficiencia técnica o financiera. Esta figura esta plasmada en la constitución y opera vía convenio. Es fundamental destacar que, en este caso se asume la prestación de un servicio en forma temporal, pero no se transfiere la competencia, por ejemplo a través de este medio es jurídicamente factible que un estado determine y recaude el impuesto predial que es de carácter municipal, y obtenga una participación del mismo, pero el municipio seguirá siendo el sujeto activo de la contribución

Esta figura solo opera entre órganos administrativos de diferente nivel de gobierno y en los casos en que las propias leyes lo autoricen.

Distribución de las Competencias de la Federación y los Estados en la Ley General de Salud

“La Ley General de Salud presenta un caso sui generis de distribución de competencias. A diferencia de otras leyes generales, como la de educación, no contiene artículos específicos que determinen las facultades exclusivas de la federación y las facultades exclusivas de las entidades federativas aunque existen artículos que llegan a contemplarlas sin nominarlas de esta manera.”⁶

El artículo 13, en sus dos apartados, no define realmente una frontera exclusiva de atribuciones federales y otra de facultades reservadas a los estados, simplemente marca un criterio genérico que solo debe tomarse como punto de partida, pero de ninguna manera como la separación definitiva de las competencias federal y local.

Puede afirmarse que, en materia de salud, se presenta lo siguiente:

- Un grupo de facultades que solo la federación puede ejercer denominadas exclusivas, que eliminan toda posibilidad de ejercicio por parte de las entidades federativas y que no admiten participación local. Son verdaderamente excluyentes de la autoridad sanitaria estatal.
- Un grupo de facultades en materia de salubridad general de competencia federal, en algunas de las cuales los estados pueden participar, vía acuerdos de coordinación, en los aspectos operativos de la prestación de los servicios.
- Un grupo de facultades en materia de salubridad general de competencia local, en las que la federación puede participar, pero en forma temporal, previo acuerdo, y los municipios podrían tener participación, pero no asumirlas.
- Un grupo de facultades de los estados en materia de salubridad local, en las cuales la federación no participa. Estas se precisan en las leyes estatales de salud que, a la

⁶ Ibidem pp 48-49

vez, determinan facultades exclusivas del gobierno local y facultades concurrentes del estado y sus municipios

- Un grupo de facultades en materia de salubridad general de competencia concurrente, que ambos niveles de gobierno puedan ejercer en forma separada.
- Un grupo de facultades que la ley establece que deben ser ejercidas coordinadamente por la federación y los gobiernos de los estados que convencionalmente podrían denominarse facultades coordinadas. No todas ellas se contemplan en el artículo 13 y presentan un manejo distinto.

I - Primer grupo: Facultades exclusivas de la Federación (artículos ubicados en diversos títulos y capítulos, incluido el artículo 13, apartado B)

- Determinación de la política nacional en materia de salud
- Normalización. Expedición de normas mexicanas y normas oficiales mexicanas para: la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud; la construcción y equipamiento de los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud, en cualquiera de sus modalidades; la atención a los enfermos mentales, incluyendo los que se encuentran en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental; los seguros personales de gastos médicos y hospitalización; el tratamiento del agua para el uso y consumo humano; los responsables del proceso de las fuentes de radiación manejo de sustancias, maquinaria, equipos y aparatos, con objeto de reducir los riesgos a la salud del personal ocupacionalmente expuesto; la prevención y control de enfermedades de accidentes; el control de las personas que se dedican a trabajos o actividades mediante las cuales se pueden propagar algunas enfermedades transmisibles; la prevención de accidentes, sin perjuicio de las atribuciones de otras autoridades federales, la prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos; el proceso de medicamentos, estupefacientes y sustancias sicotrópicas, el proceso de productos de perfumería, belleza, aseo, bebidas alcohólicas, no alcohólicas, alimentos, órtesis y ayudas funcionales; el proceso, uso, disposición final de plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas, entre otras.
- Evaluación. Realizar la evaluación general de prestación de servicios de salud, en materia de salubridad general, en todo el territorio nacional.
- En materia de control sanitario de vías generales de comunicación. Ejercer el control sobre estas, incluyendo los servicios auxiliares, obras, construcciones y demás dependencias y accesorios de las mismas; así como de las embarcaciones, ferrocarriles, y aeronaves y vehículos terrestres, destinados al transporte de carga y pasajeros.

- Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general. Dictar inmediatamente las medidas indispensables para prevenir y combatir los daños a la salud en caso de epidemia de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades transmisibles y en situaciones de emergencia o de catástrofe; adoptar las medidas de prevención y control en caso de emergencia causada por deterioro súbito del ambiente, encomienda a las autoridades federales, estatales y municipales, así como los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud el desempeño de las actividades que se estimen necesarias y obtener, para ese fin, la participación de los particulares; dictar medidas sanitarias relacionadas con reuniones de personas, entrada y salida de ellas en las poblaciones, incluyendo los regímenes higiénicos especiales que deban implantarse, según el caso; regular el tránsito terrestre y marítimo y aéreo, así como disponer libremente de todos los medios de transporte de propiedad del estado y de servicio público; utilizar libre y prioritariamente los servicios telefónicos, telegráficos y de correos, así como las transmisiones de radio y televisión
- Coordinar el Sistema Nacional de Salud. Realizar la coordinación de programas de dependencias y entidades de la administración pública federal; realizar las evaluaciones solicitadas por el ejecutivo; determinar las características de la información en la materia, coordinar el proceso de programación; elaborar las estadísticas nacionales en salud; promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud, desarrollando las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento.
- En materia de planificación familiar. Definir las bases para evaluar prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y sus efectos sobre la salud; coordinar las actividades de las dependencias y entidades del sector salud, para instrumentar y operar las acciones del Programa Nacional de Planificación Familiar que formule el Consejo Nacional de Población
- En materia de investigación para la salud. Autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación el empleo de medicamentos o materiales en seres humanos, respecto a los cuales no se tenga experiencia en el país, o se pretenda la codificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos.
- En materia de nutrición. Establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición; normar el desarrollo de los programas y actividades de educación que promueva hábitos alimentarios adecuados; normar el valor nutritivo y característica de la alimentación en establecimientos de servicios colectivos; proporcionar a la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial los elementos técnicos en materia nutricional para la expedición de las normas oficiales mexicanas.

- En materia de saneamiento ambiental. Determinar los valores de concentración máxima permisible de contaminantes en el ambiente para el ser humano; establecer criterios sanitarios para la fijación de las condiciones particulares de descarga, el tratamiento y el uso de aguas residuales, evitar riesgos y daños a la salud pública.
- En materia de salud ocupacional. Determinar los límites máximos permisibles de exposición a contaminantes y radiaciones de un trabajador, incluyendo sus aplicaciones para la investigación médica, de diagnóstico y terapéutica.
- En materia de asesoría técnica. Proporcionar a la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial y demás autoridades competentes, los requisitos técnico-sanitarios para el almacenamiento, distribución, uso y manejo del gas natural, gas licuado de petróleo, y de otros productos industriales gaseosos que sean de alta peligrosidad; establecer los criterios para el uso y manejo de sustancias, maquinaria, equipos y aparatos, con objeto de reducir los riesgos a la salud de las personas, con énfasis en el manejo de sustancias radioactivas y fuentes de radiación.
- En materia de epidemiología. Establecer y operar El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico
- En materia de adicciones. Coordinar las acciones que se desarrollan contra el alcoholismo, el tabaquismo y el abuso de bebidas alcohólicas.
- En materia de control sanitario de medicamentos, estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Controlar su proceso, importación y exportación; determinar la lista de medicamentos y otros insumos del cuadro básico que deberán proveerse; mantener permanentemente actualizada la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos; emitir las especificaciones de identidad y sanitarias; determinar los productos a los que puedan atribuirse propiedades nutritivas particulares.
- Además, determinar, con base en los riesgos que representan para la salud, los establecimientos dedicados al proceso de medicamentos, plaguicidas, fertilizantes, fuentes de radiación y sustancias tóxicas o peligrosas para la salud, que requieran contar con responsable o auxiliar de responsable.
- Publicar en el Diario Oficial de la Federación, las resoluciones sobre otorgamiento y revocación de autorizaciones sanitarias de medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, así como materias primas que se utilicen en su elaboración; determinar la clasificación de los medicamentos y expedir licencias sanitarias para los establecimientos dedicados al proceso de medicamentos.
- Asimismo fijar los requisitos para el comercio o tráfico de estupefacientes en el interior del territorio nacional y expedir permisos especiales para su adquisición o traspaso; autorizar la adquisición de estupefacientes para fines de investigación científica, a los organismos e instituciones; adicionar la lista de los mismos; editar,

autorizar y suministrar los recetarios o permisos especiales para su prescripción; autorizar los preparados que contengan acetilhidrocodeína, codeína, destropropoxifeno, dihidrocodeína, etilmorfina, folcodina, nicocodina, corcodeína y propiram, que formen parte de la composición de especialidades farmacéuticas.

- Determinar las sustancias sicotrópicas en general, los barbitúricos y otras sustancias naturales o sintéticas, depresoras o estimulantes del sistema nervioso central que, por su acción farmacológica, pueden inducir a la farmacodependencia y en general, los barbitúricos y otras sustancias.
- Determinar cuales de las sustancias con acción sicotrópica que carezcan de valor terapéutico y que se utilicen en la industria, artesanías, comercio y otras actividades, deben ser consideradas como peligrosas, controlar su venta y adicionar en las listas de las mismas.
- Establecer, en coordinación con las dependencias competentes del Ejecutivo Federal, y para fines de control sanitario, la clasificación y las características de los diferentes productos, de acuerdo al riesgo que representen, directa o indirectamente, para la salud humana.
- Autorizar los productos que podrán contener una o más de las sustancias plaguicidas o fertilizantes, los disolventes utilizados en los plaguicidas y fertilizantes, así como los materiales empleados como vehículos; autorizar asimismo el proceso de los plaguicidas de acción residual o de cualquier composición química, cuando no entrañen peligro para la salud humana y cuando no sea posible la sustitución adecuada de los mismos, establecer las condiciones que se deberán cumplir para fabricar, formular, envasar, etiquetar, embalar, almacenar, transportar, comercializar y aplicar plaguicidas fertilizantes y sustancias tóxicas en coordinación con las dependencias competentes. (Prevalece la opinión de la Secretaria de Salud).

II.- Segundo grupo: Salubridad general de competencia federal (Artículo 13, apartado A y relacionados)

- Organizar, operar, controlar y vigilar el funcionamiento de los siguientes servicios por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud:
- Servicios Públicos de la población en general, sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten y los demás que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.

Las siguientes facultades son susceptibles de acuerdo de coordinación con los estados:

- Coordinar, evaluar y dar seguimiento a los servicios que se prestan a derecho habientes de instituciones públicas de seguridad social.

- Elaborar el Programa Nacional contra la Farmacodependencia.
- Ejercer el control sanitario de los siguientes productos y servicios, y de su importación y exportación: alimentos, bebidas no alcohólicas, bebidas alcohólicas, tabaco y productos de perfumería, belleza y aseo, así como de las materias primas y, en su caso, aditivos que intervengan en su elaboración.
- Ejercer el control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, materiales de curación y productos higiénicos.
- Ejercer el control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de alimentos, bebidas no alcohólicas, bebidas alcohólicas, tabaco y productos de perfumería, belleza y aseo, así como de las materias primas y, en su caso, aditivos que intervengan en su elaboración; de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, materiales de curación y productos higiénicos.
- El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.
- El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere la Ley. (Susceptible de acuerdos de coordinación con los estados salvo el caso de publicidad de medicamentos e insumos para la salud).
- La sanidad internacional, incluyendo la facultad de autorizar la internación en el país de personas que padezcan enfermedades infecciosas en periodo de transmisibilidad, sean portadoras de agentes infecciosos o se tenga sospecha de que estén en periodo de incubación.
- Organizar y operar los servicios de salud a su cargo y, en todas las materias de salubridad general desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas cuando estas lo soliciten, de conformidad de los acuerdos de coordinación que se celebren para el efecto.
- Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general, a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales y a la materia.
- Ejercer la coordinación y vigilancia general del cumplimiento de las disposiciones de la Ley y demás normas aplicables en materia de salubridad general.

**III.- Tercer Grupo: Salubridad general de competencia local
(Artículo 13, apartado b)**

- Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los siguientes servicios de salubridad general: Atención Médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; atención materno-infantil; planificación familiar, salud mental, la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud; la promoción de la formación de recursos humanos para la salud, la coordinación de la investigación para la salud y el control de esta en los seres humanos; la información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país; la educación para la salud, la orientación y vigilancia en materia de nutrición; la prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre, la salud ocupacional, el saneamiento básico, la prevención y el control de enfermedades transmisibles; la prevención y el control de enfermedades no transmisibles y de accidentes; la prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos; la asistencia social; el programa contra el alcoholismo, y el programa contra el tabaquismo.
- Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, así como planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero.
- Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud, y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.
- Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competan.
- Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes.
- Ejercer la verificación y control sanitario de los establecimientos que expendan o suministren al público para su consumo dentro o fuera del mismo establecimiento, alimentos y bebidas no alcohólicas y alcohólicas en estado natural, mezclados, preparados, adicionados o acondicionados, basándose en las normas que al efecto se emitan

IV.- Cuarto grupo: Salubridad local de competencia estatal y municipal (Contenidas en leyes estatales de salud)

En términos genéricos, las diversas leyes estatales de salud consideran como materia de salubridad local:

- El control sanitario de: mercados -fijos y semifijos- centros de abasto, construcciones -excepto en los establecimientos de salud-, panteones, limpieza pública, rastros, agua potable y alcantarillado, establos, centros de readaptación social, baños

públicos, centros de reunión pública y espectáculos, establecimientos de hospedaje, transporte de servicio público y gasolineras.

- Dictar las normas técnicas y ejercer el control sanitario de los establecimientos y servicios, en materia de salubridad local.
- Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad local a cargo de los municipios, con sujeción a la política nacional y estatal de la salud, de los convenios que se suscriban.
- Vigilar, en la esfera de su competencia el cumplimiento de las leyes y demás disposiciones legales.

Competencia en materia de salubridad local conferida a los municipios:

- Asumir los servicios de salud, en los términos de la Ley y de los convenios que se suscriban con el Ejecutivo.
- Asumir la administración de los establecimientos de salud que se descentralicen a su favor
- Formular y desarrollar programas municipales de salud, en el marco de los sistemas nacional y estatal de salud
- Vigilar y hacer cumplir en la esfera de su competencia, los ordenamientos legales de la materia.
- Establecer, en sus bandos municipales, las normas y disposiciones relacionadas con los servicios de salud que estén a su cargo.
- Auxiliar a las autoridades sanitarias federales y estatales en el cumplimiento de sus funciones.

V.- Quinto grupo: Salubridad general concurrente o coincidente
(Diversos artículos de la Ley)

- En materia de formación de recursos para la salud en coordinación con las autoridades educativas y las instituciones de educación superior, elaborar programas de carácter social para los profesionales de la salud, en beneficio de la colectividad, de conformidad con las disposiciones legales aplicables al ejercicio profesional; recomendar normas y criterios para la formación de recursos humanos; establecer las normas y criterios para la capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud.

- Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para satisfacer las necesidades del país en materia de salud; apoyar la creación de centros de capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud: otorgar facilidades para la enseñanza y adiestramiento en servicio, dentro de los establecimientos de salud, a las instituciones que tengan por objeto la formación, capacitación o actualización de profesionales, técnicos o auxiliares de la salud de conformidad con las normas que rijan su funcionamiento; promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, en actividades docentes o técnicas.
- Coadyuvar en el señalamiento de los requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones dedicadas a la formación de recursos humanos para los servicios de salud en los diferentes niveles académicos y técnicos y en la definición del perfil de los profesionales para la salud en sus etapas de formación.
- Impulsar y fomentar la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para los servicios de salud, así como apoyar y estimular el funcionamiento de establecimientos públicos, destinados a la investigación para la salud.
- En materia del ejercicio profesional en el área de la salud. En coordinación con las autoridades educativas, vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, en la prestación de los servicios respectivos; coadyuvar en la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud.
- En materia de regulación de servicios de salud. Establecer los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos, a los sociales y a los privados, establecer procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud, así como los mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias.
- En materia de atención materno - infantil. Apoyar y fomentar los programas para padres destinados a la promoción materno infantil, así como las actividades recreativas, de esparcimiento y culturales, destinadas a fortalecer el núcleo familiar y a promover la salud física y mental de sus integrantes; vigilar las actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas, así como las que coadyuvan a la protección de la salud materno-infantil.
- En materia de promoción de la salud, promover y aprobar la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones, que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud, individual y colectiva así como los de prevención de enfermedades y accidentes, de prevención de invalidez, y de rehabilitación de inválidos.

- En materia de promoción de la salud mental. Fomentar y apoyar el desarrollo de actividades educativas, socio-culturales y recreativas, dirigidas preferentemente a la infancia y juventud, difundir orientaciones para la promoción de la salud mental; realizar programas para la promoción del uso de sustancias sicotrópicas, estupefacientes, inhalantes, y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia.
- En materia de información de conformidad con los lineamientos que emita la autoridad competente, captar, producir y procesar la información necesaria para la planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud, así como la referente al estado y evolución de la salud pública.
- En materia de protección ante riesgos o daños dependientes de las condiciones del ambiente. Desarrollar la investigación permanente y sistemática de los riesgos y daños que origine la contaminación del ambiente; vigilar y certificar la calidad del agua para uso y consumo humano; vigilar la seguridad radiológica para el uso y aprovechamiento de fuentes de radiación para uso médico, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes.
- En materia de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de enfermedades transmisibles. Utilizar, como elementos auxiliares en la lucha contra las epidemias, todos los recursos médicos y de asistencia social de los sectores público, social y privado, existentes en las regiones afectadas y en las colindantes, de acuerdo con las disposiciones de la Ley y reglamentos aplicables, señalar el tipo de enfermos o portadores de gérmenes que podrán ser excluidos de los sitios de reunión, tales como hoteles, restaurantes, fábricas, talleres, cárceles, oficinas, escuelas, dormitorios, habitaciones colectivas, centros de espectáculos y deportivos, determinar el aislamiento de personas que padezcan enfermedades transmisibles; ordenar, por causas de epidemia, la clausura temporal de los locales o centros de reunión de cualquier índole; microbiana o parasitaria, desinfección, desinsectación, desinfestación, u otras medidas de saneamiento de lugares, edificios, vehículos y objetos; realizar actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.
- En materia de apoyo a discapacitados. Promover el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional, para las personas que sufran cualquier tipo de invalidez; fomentar acciones que faciliten la disponibilidad y adaptación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales; contribuir para proporcionar atención rehabilitatoria; promover que se dispongan facilidades para las personas discapacitadas en lugares en los que se presten servicios públicos.
- En materia de prevención del consumo de sustancias inhalantes. Determinar y ejercer medios de control en el expendio de sustancias inhalantes; establecer sistemas de vigilancia en los establecimientos destinados al expendio o uso de dichas sustancias, para evitar su empleo indebido; brindar atención médica a las

personas que realicen consumo de inhalantes; promover y llevar a cabo campañas permanentes de información y orientación al público, para la prevención de daños a la salud, provocados por el consumo de este tipo de sustancias.

- En materia de nutrición Formular y desarrollar programas de nutrición, promoviendo la participación tanto de los organismos nacionales e internacionales, cuyas actividades se relacionan con la nutrición y la disponibilidad de alimentos, como de los sectores social y privado.

VI.- Sexto grupo: Salubridad general de ejercicio coordinado (Artículo 18 y relacionados)

Las materias objeto de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, son las siguientes:

- La evaluación y seguimiento de los servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, o de los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios.
- El control sanitario de productos y servicios, y de su importación y exportación.
- El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, materiales de curación y productos higiénicos, y de los establecimientos dedicados a su proceso.
- El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere la Ley General de Salud, con excepción de la de medicamentos e insumos para la salud
- El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.
- La sanidad internacional.
- En materia de prevención de adicciones. La ejecución del programa contra el alcoholismo y el tabaquismo, así como el uso de bebidas alcohólicas; el desarrollo de acciones para la prevención y el tratamiento del alcoholismo, tabaquismo, y en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos; la educación sobre los efectos del alcohol y el tabaco en la salud, y en las relaciones sociales; el fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuvan en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en grupos de población considerados de alto riesgo

- Asimismo, la investigación de las causas de tabaquismo y de las acciones para controlarlas; la educación de la familia para prevenir el consumo de tabaco por parte de niños y adolescentes; la promoción y organización de servicios de orientación y atención de fumadores que deseen abandonar el hábito, y el desarrollo de acciones permanentes para disuadir y evitar el consumo de tabaco por parte de niños y adolescentes. La ejecución del Programa Nacional contra la Farmacodependencia.
- Las bases y modalidades del ejercicio coordinado de las atribuciones de la Federación y de las entidades federativas, relacionadas con la prestación de servicios de salubridad general, se establecen en los acuerdos de coordinación que suscribe la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas, en el marco del Convenio de Desarrollo Social, las cuales incluyen:
 - El tipo y características operativas de los servicios de salubridad general que constituyan el objeto de la coordinación; es decir, a través de estos acuerdos, ni se delegan, ni se transfieren facultades, simplemente se señala la manera en que las entidades federativas participarán operativamente en ellas. Por ello, la Federación se reserva siempre su ejercicio directo.
 - La definición, en su caso, de las directrices de la descentralización de los gobiernos de los estados a los municipios. El término descentralización, que es eminentemente político, se emplea en la Ley General de la Salud para significar la participación de los estados y, en su caso, de los municipios, en el ejercicio de ciertas facultades, pero de ninguna manera es sinónimo de transferencia de facultades, ya se han mencionado que las atribuciones sólo se establecen por ley.

Los acuerdos de coordinación permiten que los estados participen en la operación de algunas facultades, originalmente federales, pero no implican que éstas les sean transferidas, por lo cual tampoco están jurídicamente facultados para, a su vez, transferirlas a los municipios.

La participación municipal en la operación de algunos de los aspectos que comprende la coordinación federación-estados, solo puede presentarse en el marco del acuerdo de coordinación.

Sólo son susceptibles de coordinación aquellos aspectos de los servicios que la propia ley define. Los estados sólo pueden participar en ciertas etapas del proceso de prestación del servicio. La Ley es clara al señalar que los estados podrán participar, no asumir la prestación de servicios de salubridad general, la misma regla opera en el caso de la relación estados-municipios.

1. 4. Ley de Salud para el Distrito Federal de 1987

Con fecha 19 de enero de 1987, en el Diario Oficial de la Federación fue publicada la Ley de Salud para el Distrito Federal.

A partir de julio de 1997, con motivo de la descentralización de los Servicios de Salud Pública transferidos de la Secretaría de Salud al Gobierno del Distrito Federal, el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal se constituye como organismo rector en la Ciudad de México, hasta antes de la creación de la Secretaría de Salud local, y como instancia responsable de coordinar las actividades del sector salud, especialmente de dirigir y operar los servicios que se ofrecen a la población abierta.

El enfoque utilizado para la formulación e instrumentación de la política de salud es sistemático, en cuanto a que analiza cada elemento dentro de un marco coherente, así como sistémico, en el sentido que considera todo el sistema de salud, otorgando un énfasis particular a las relaciones entre sus principales componentes y actores. En el complejo entorno del Distrito Federal, la mayor parte de los problemas tienden a estar interrelacionados. En consecuencia, las soluciones no pueden examinarse desde un sólo ángulo. Los problemas de la atención a la salud en el Distrito Federal, requieren enfoques cabales para el planteamiento de las políticas.

Análisis del contexto

La salud, tanto individual como colectiva, es el resultado de las dinámicas y complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales, sociales, políticos y económicos que se presentan en la sociedad. Así, la salud no es sólo un producto de las condiciones genéticas y biológicas sino un resultado de las relaciones sociales predominantes. En este sentido, la situación de salud de la población está determinada por la orientación del modelo económico de desarrollo, por la estructura y dinámica de la sociedad, por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas y de sus relaciones sociales, y por la organización particular del Estado y de las relaciones políticas que la caracterizan, así como por las condiciones de su entorno natural.

El Distrito Federal, vive un momento de cambio que se acelera y manifiesta en todos los aspectos de la vida de su población y que tiene profundas repercusiones sobre la situación de salud y sobre los recursos disponibles para su atención. El análisis del impacto de los cambios económicos, sociales y políticos en la salud de la población y en los servicios de salud representan el punto de partida para la definición de la política del Distrito Federal, en materia de salud.

El modelo de desarrollo implantado en las últimas décadas, asociado a la política económica neoliberal, ha llevado a la población del Distrito Federal, a una situación extremadamente difícil en términos de salud.

El retroceso económico y su consecuente impacto social han puesto de manifiesto la incapacidad de las políticas que relacionaban el cumplimiento de las metas de crecimiento económico con el crecimiento del empleo y el desarrollo social. En realidad, lo que se ha experimentado ha sido un recrudecimiento de la desigual distribución del ingreso entre los grupos sociales; a pesar del crecimiento del producto per cápita en el Distrito Federal, cerca de un quinto de la población se encuentra por debajo de los niveles de pobreza absoluta. Por otro lado, esta pobreza no se encuentra homogéneamente distribuida entre las delegaciones políticas ni al interior de cada una de ellas, sino que se concentra en áreas deprimidas, traduciéndose en el incremento de las diferencias socioeconómicas y de salud, así como en políticas y estrategias de salud más complejas en términos de su formulación y ejecución.

Frente a las crisis recurrentes provocadas por el modelo económico, el Gobierno Federal implantó políticas de ajuste; así, la búsqueda de equilibrios fiscales, monetarios y de balanza de pagos para controlar la inflación determinó un incremento del desempleo y de la reducción de la capacidad de pago de grandes sectores de la población. Esta situación agravó las condiciones de pobreza, deterioró la atención de las necesidades básicas, en especial de los grupos más necesitados.

En efecto, como resultado de las crisis económicas, el Distrito Federal, ha acumulado una gran deuda social en salud que se expresa, entre otros aspectos, en las diferencias relativas en los niveles de salud, así como en la inequidad, insatisfactoria de calidad e ineficiencia de los servicios de salud. Las limitaciones de los servicios de salud tienen múltiples causas interrelacionadas; por un lado, la disminución de las posibilidades de desarrollo al agravarse el desempleo y la capacidad de pago de la población abierta y, por el otro, el deterioro del funcionamiento del sistema de salud del Distrito Federal, por escasa inversión, disminución real de los presupuestos para gastos de operación y un deterioro en la eficiencia y efectividad de la gestión pública en salud.

Las políticas económicas que manejan las variables sociales como simples ecuaciones de fórmulas de análisis económico, pierden la dimensión humana que constituye el fin último del proceso de desarrollo.

Diversos artículos de la Ley de Salud para el Distrito Federal relacionados con la regulación sanitaria.

"Artículo 2º.- Para los efectos de esta Ley se entiende por:

.. IX Regulación y control sanitario, a los actos que lleve a cabo el Gobierno para ordenar o controlar el funcionamiento sanitario de las actividades que se realicen en los establecimientos a que se refiere esta Ley y los reglamentos respectivos, a través del otorgamiento de autorizaciones, vigilancia, aplicación de medidas de seguridad e imposición de sanciones en los términos de esos ordenamientos."

“Artículo 3º.- Son autoridades sanitarias del Distrito Federal:

- I. La Secretaria de Salud, exclusivamente, en el ámbito de competencia que le confiere la Ley General, y
- II. El Gobierno del Distrito Federal, que podrá delegar en sus órganos administrativos.”

“Artículo 4º.- Corresponde al gobierno como autoridad sanitaria local la aplicación de la presente ley.”

“Artículo 5º - En Materia de Salubridad local corresponde al Gobierno la regulación y control sanitario de

- I. La Central de Abastos, mercados y centros de abasto;
- II. Construcciones, edificios y fraccionamientos, excepto aquellos cuya autorización este reservada a la secretaria;
- III. Cementerios, crematorios y funerarias,
- IV. Limpieza publica,
- V. Rastros,
- VI. Agua potable y alcantarillado;
- VII. Establos, caballerizas y otros similares;
- VIII. Reclusorios y centros de readaptación social;
- IX. Baños públicos,
- X. Centros de reunión y espectáculos públicos;
- XI. Establecimientos que presten servicios de peluquería, masajes, salones de belleza, estéticas y en general establecimientos de esta índole;
- XII.- Establecimientos dedicados a actividades industriales, comerciales, y de servicio, cuando no corresponda a la Secretaria ;
- XIII. Establecimientos de hospedaje;
- XIV. Transporte urbano y suburbano;
- XV. Gasolineras y estaciones de servicios similares;

XVI. Lavanderías, tintorerías, planchadurías y demás establecimientos similares,

XVII. Albercas públicas;

XVIII. La venta de alimentos en vía pública, y

XIX. Las demás materias que determine esta ley y otras disposiciones aplicables.”

“Artículo 6º - En la materia de salubridad a que se refiere el artículo 13, apartado B) de la ley general de salud dentro del territorio del Distrito Federal.”

“Artículo 8º.- La Secretaría del Distrito Federal tendrá a su cargo...

II.- Organizar y ejecutar los programas y las acciones de regulación y control sanitario en materia de salubridad local.”

“Artículo 14.- El Sistema de Salud del Distrito Federal tiene por objeto ejercer las atribuciones correspondientes para la protección de la salud, en los términos de la Ley General, de la presente Ley y demás disposiciones aplicables y en consecuencia tenderá a..

VII.- En general, a prestar eficientemente los servicios de salubridad general y local a que se refiere esta Ley, así como a realizar las acciones de regulación y control sanitario en los términos de este Ordenamiento y demás disposiciones aplicables.”

“Artículo 21 - Para los efectos de la presente Ley se entiende por:

I.- Mercados y centros de abastos, los sitios públicos y privados destinados a la compra y venta de productos en general, preferentemente los agropecuarios y de primera necesidad, en forma permanente y en días determinados;

II - Central de Abastos, el sitio destinado al servicio público en maniobras de carga y descarga, la conservación en frío y demás operaciones relativas a la compraventa al mayoreo y medio mayoreo de productos en general;

III.- Construcciones, toda edificación o local que se destine a la habitación, recreo, trabajo o cualquier otro uso;

IV.- Cementerios, el lugar destinado a la inhumación, exhumación y cremación de cadáveres;

V.- Limpieza pública, el servicio de recolección , tratamiento y destino final de basura;

VI.- Rastro, establecimiento donde se da el servicio para sacrificio de animales para la alimentación y comercialización al mayoreo de sus productos;

VII - Establos, caballerizas y otros similares, todos aquellos lugares destinados a la guarda, producción, cría, mejoramiento y explotación de especies animales,

VIII - Reclusorios y centros de readaptación social, el local destinado a la internación de quienes se encuentran restringidos por un proceso o una resolución judicial o administrativa,

IX - Baños públicos, el establecimiento destinado a utilizar el agua para el aseo corporal, deporte o uso medicinal y al que pueda concurrir el público, quedando incluidos en esta denominación los llamados de vapor y aire caliente;

X - Albercas públicas, el establecimiento público destinado para la natación, recreación familiar, personal o deportiva ;

XI - Centro de reunión las instalaciones destinadas al agrupamiento de personas con fines recreativos sociales, deportivos culturales y los gimnasios dedicados al fisicoculturismo y a ejercicios aeróbicos realizados en sitios cubiertos o descubiertos u otros de esta misma índole,

XII.- Espectáculos públicos, las representaciones teatrales, las audiencias musicales, las exhibiciones cinematográficas las funciones de variedades, los espectáculos con animales, carreras automóbiles, bicicletas, etc., las exhibiciones aeronáuticas, los circos, los frontones, los juegos de pelota, las luchas y en general todos aquellos en que el público paga el derecho por entrar y a los que acude con el objeto de distraerse;

XIII.- Peluquerías, salones de belleza y masajes, estéticas y similares, los establecimientos dedicados a rasurar, teñir, decolorar, peinar, cortar, rizar o realizar cualquier actividad con el cabello de las personas Arreglo estético de uñas de manos y pies o la aplicación de tratamientos capilares, faciales y corporales de belleza al público, que no requieran de intervención médica en cualquiera de su prácticas;

XIV.- Establecimientos industriales, aquellas edificaciones en las que se realiza la extracción, conservación, procesamiento, maquila y transformación de materias primas, acabado de productos y elaboración de satisfactores;

XV.- Establecimientos comerciales, las instalaciones donde se efectúan actividades lucrativas consistentes en la intermediación directa o indirecta entre productores y consumidores de bienes;

XVI.- Establecimientos de prestación de servicios, las construcciones, edificaciones o instalaciones en general, en las que se ofrezcan y comercien servicios de cualquier tipo;

XVII.- Establecimientos de hospedaje, los que proporcionen al público alojamiento y otros servicios complementarios mediante el pago de un precio determinado quedando

comprendido los hoteles, moteles, apartamentos amueblados, habitaciones con sistemas de tiempo compartido o de operación hotelera, albergues, suites, villas, bungalows y casas de huéspedes, así como cualquier edificación que se destina a dicho fin;

XVIII.- Lavanderías, tintorerías, planchadurías, y similares, todo establecimiento o taller abierto al público destinado a limpiar, teñir, desmanchar o planchar ropa, tapices, telas y objetos de uso personal, doméstico comercial o industrial, cualquiera que sea el procedimiento que se emplee,

XIX.- Venta de alimentos en la vía pública, actividad que se realiza en calles, plazas públicas, en concentraciones por festividades populares y por comerciantes ambulantes,

XX - Gasolineras y estaciones de servicio similares, los establecimientos destinados al expendio de gasolinas, aceites, gas butano y demás productos derivados del petróleo,

XXI.- Transporte urbano y suburbano, todo vehículo destinado al traslado de carga, de alimentos perecederos o de pasajeros sea cual fuere su medio de propulsión;

XXII.- Crematorios, las instalaciones destinadas a la incineración de cadáveres;

XXIII - Funeraria, el establecimiento dedicado al traslado, preparación y velación de cadáveres:

XXIV.- Agua potable, aquella cuya ingestión no cause efectos nocivos a la salud, y

XXV.- Alcantarillado, la red o sistema de conductos y dispositivos para recolectar y conducir las aguas residuales y pluviales al desagüe o drenaje ”

“Artículo 22.- Es competencia del Gobierno ejercer el control y regulación sanitaria, de los establecimientos enunciados en el artículo 21, mediante la realización de las acciones necesarias que tengan por objeto prevenir riesgos y daños a la salud de la población.

Dichas acciones consisten en el otorgamiento de las autorizaciones sanitarias, la vigilancia e inspección de los establecimientos, la aplicación de medidas de seguridad, la imposición de sanciones y, en general todos aquellos actos que permitan preservar la salubridad local de los habitantes del Distrito Federal.”

“Artículo 24.- Sin perjuicio de lo establecido en los capítulos subsiguientes, los establecimientos y actividades a que se refiere este Título, estarán sujetas a las condiciones sanitarias que determinen las disposiciones legales aplicables, los reglamentos respectivos y las normas técnicas locales que para tal efecto emita el Gobierno.”

“Artículo 25.- El Gobierno emitirá las normas técnicas locales para la regulación y control sanitario de las materias de salubridad local.”

“Artículo 81.- Corresponde al Gobierno la vigilancia del cumplimiento de esta Ley y demás disposiciones que se dicten con base en ella.

Las dependencias y entidades de la Administración Pública Local y Federal, coadyuvarán a la vigilancia del cumplimiento de las normas sanitarias, y cuando encontrasen irregularidades que a su juicio constituyan violaciones a las mismas, lo harán del conocimiento del Gobierno.”

“Artículo 82 - La vigilancia sanitaria se llevará a cabo en forma ordinaria y extraordinaria, ésta última a solicitud por escrito de los ciudadanos y se efectuarán por personal debidamente acreditado. Los verificadores deberán, en el desempeño de sus funciones, apegarse a las normas previstas en esta Ley y demás ordenamientos aplicables ”

“Artículo 83 - Las verificaciones que ordene el Gobierno podrán ser:

- a) Ordinarias, las que se efectuarán en días y horas hábiles, debiendo entenderse por ello, los días y horas de funcionamiento habitual de los establecimientos, industriales comerciales o de servicios;
- b) Extraordinarias, las que podrán efectuarse en cualquier momento ”

El anterior articulado es una parte del sustento jurídico aplicable en el proceso de verificación sanitaria, el cual es muy similar al de la verificación administrativa, de tal suerte de la homologación de ambos procesos no solo es viable es necesaria.

CAPITULO II.- LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

2. 1. Programa de Reforma del Sector Salud
2. 2. Decreto por el que se crea el Organismo Descentralizado de la Administración Pública del Distrito Federal denominado "Servicios de Salud Pública del Distrito Federal"
2. 3. Las Elecciones para Jefe de Gobierno del Distrito Federal del 6 de julio de 1997
2. 4. La Ciudad de México: Una entidad en transición

2. 1. Programa de Reforma del Sector Salud

Vivimos una revolución política, económica y social que se ha extendido a todas las sociedades y culturas del planeta. Vivimos una época en que la aceleración del cambio constituye un reto fundamental a ciudadanos e instituciones, ya que pone a prueba su capacidad de respuesta ante una nueva demanda social, cuya complejidad y diversidad imponen un nuevo diseño a la gestión pública

Este fenómeno ha tenido repercusiones en México. Aunque nuestro país inició hace algunos años un gran esfuerzo de actualización histórica con vistas a fortalecer su lugar en el mundo, es un hecho que, en la dinámica de la globalización de la producción, las finanzas y el intercambio de bienes y servicios, muestra todavía una consistencia vulnerable.

La defensa de nuestra soberanía es el valor más importante de nuestra nacionalidad. Por ello, es preciso asegurar la capacidad de los mexicanos para decidir libremente; para definir objetivos propios de desarrollo y promoverlos en el país y en el extranjero, así como para fortalecer nuestra identidad y nuestra cultura. Ante los imperativos y riesgos que trae consigo la transformación mundial, el reto, es conciliar la capacidad de decisión interna con la insoslayable realidad de interdependencia externa.

A lo largo de este siglo, mínimo es lo que México ha avanzado. Y la realidad nos muestra que aún persiste una excesiva centralización, que ha distorsionado no sólo la práctica republicana del equilibrio entre los poderes del Estado, sino también las posibilidades mismas del desenvolvimiento de estados y municipios, limitando el desarrollo pleno de la nación.

La renovación del federalismo contribuye a que los poderes de la Unión expresen de alguna manera, más pluralidad política y la diversidad social de los mexicanos; redistribuyendo competencias, responsabilidades y capacidades de decisión, y ampliando el ejercicio de los recursos fiscales. Esto permitirá atender la especificidad de los problemas regionales y locales, dotando de mayor eficiencia y transparencia a la gestión pública

Son muchos los países que están ante la aparición de una nueva estructura de poder fundada en la descentralización y en una mejor distribución de competencias. Se trata de una reestructuración impulsada por los cambios tecnológicos que operan en los sistemas de la información, con un impacto decisivo en la producción y las estrategias para el desarrollo. La descentralización debe su emergencia a los imperativos de eficacia y productividad, en un medio caracterizado por la aceleración de la competencia. No hay duda, persistir en la concentración del poder, fincado en el centralismo político y administrativo, traería como resultado un estancamiento en el desarrollo democrático de México. Lo cual no han querido asumir nuestros gobernantes ya que ante la globalización económica que tanto defienden se opone el exacerbado

presidencialismo, modelo que por excelencia plantea el autoritarismo y la centralización.

Ante un mundo crecientemente competitivo se hace impostergable la creación de nuevas formas de organización social que vinculen los conocimientos y los sistemas productivos a las necesidades nacionales, regionales y locales. Esto podrá lograrse si se crea, además, una amplia red de corresponsabilidades en la toma de decisiones, en su operación y su evaluación.

El desarrollo democrático pleno es el mas grande desafío al que se enfrenta México. Nuestro país tiene, en el impulso del federalismo, la forma de organización política más adecuada para abrirle cauce productivo a la pluralidad, consolidando la unidad nacional y propiciando una nación más soberana y justa. No obstante podemos apreciar con una sola mirada que esta premisa es despreciada por nuestro sistema, al conservar en el poder a un solo partido durante más de setenta años y parece no querer ceder a la transición democrática aunque adopten al ejercicio democrático en su discurso.

El Pacto Federal fue concebido para promover el desarrollo equitativo de todos los miembros de la Federación. Necesitamos hacer del Federalismo el instrumento capaz de generar una mejor distribución de los recursos y de las oportunidades; de las funciones y de las responsabilidades.

En este contexto se inscriben los trabajos sobre el federalismo y la descentralización de los servicios de salud en el proyecto de reestructura del sector a nivel federal. Apunta hacia un compromiso fundamental en materia de desarrollo, ya que el federalismo constituye la gran palanca renovada de la unidad nacional para el siglo XXI, fundada a partir de la rica diversidad regional que muestran las culturas y las economías de nuestro territorio.

En un país como el nuestro, en el que aun persisten rezagos sociales, el Estado tiene la responsabilidad de convertirse en el principal y, en ocasiones el único promotor del desarrollo humano. Una política social acorde con los desafíos de México, contribuirá a la democratización del país, al progreso de las instituciones y al fortalecimiento de la soberanía. En materia de salud, el compromiso político debe ser fortalecer la estrategia social del gobierno de la República.

La gestión pública moderna establece la conexión entre la política económica y la social, y está íntimamente relacionada con la esfera de la justicia en una sociedad compleja como la nuestra. La determinación del Gobierno para avanzar y consolidar el proceso de democratización es escasa, aunque manifiesta el impulso de un federalismo renovado. Primero se apoya en la descentralización, entendida como un proceso de reforma de la organización gubernamental, con vistas a precisar, ampliar y vigorizar los mecanismos de colaboración entre los distintos niveles de la administración pública con una escasa participación social.

La Constitución de 1917 ratificó y afirmó al federalismo, estableciendo provisiones para consolidar una auténtica libertad y soberanía de los estados. La política social del Gobierno Federal, fortalece el espíritu y los principios de nuestra Carta Magna con el impulso del nuevo federalismo.

El federalismo es así una herramienta constitucional, profundamente ligada a la historia de México, a sus raíces culturales y políticas propias de su idiosincrasia. La transición a la democracia - independientemente de la denominación que adquiera-, deberá sustituir al autoritarismo centralizador y a la rígida distribución de poderes.

El autoritarismo, ha impedido la distribución real del poder; el reconocimiento a la autonomía de los gobiernos de los estados y a su competencia jurídica, política y económica.

Se necesita generar un nuevo equilibrio entre las autonomías regionales y la unidad nacional. Unión dentro la diversidad, dirigida a combatir la pobreza, disminuir la desigualdad regional y equilibrar el crecimiento del país. No es en este marco que el Gobierno de la República ha emprendido la reforma del Sistema Nacional de Salud.

La salud está íntimamente vinculada con el desarrollo de la nación. Para que exista progreso es indispensable un sistema de salud que atienda con equidad, oportunidad y calidad a todos los mexicanos. Proteger y mejorar la salud del individuo y la colectividad, tendría que ser el objetivo central de la reforma. En este contexto, la descentralización forma parte de una estrategia de desarrollo que desborda las tareas meramente administrativas.

Por ello, la Secretaría de Salud ha iniciado la descentralización de los servicios, con el fin de transferir decisiones y acciones al lugar de los hechos y de los actores. En consecuencia, para de esta forma continuar "adelgazando" al Estado, en su lógica tecnocrática relativamente reciente, se han desarticulado las instancias para una difícil coordinación del sistema: el Gabinete de Salud y el Consejo Nacional de Salud. Parte de esta tarea radica en disminuir selectivamente una mayor cantidad de recursos y la disminución de la capacidad y oportunidad de acción de las unidades operativas, haciendo poco transparente la distribución de recursos y el cumplimiento de responsabilidades.

El Consejo Nacional de Salud ha fungido, en el proceso de descentralización, como órgano coordinador y concertador entre las autoridades centrales y las autoridades estatales. Para cumplir con sus labor creó cinco comisiones de trabajo: de ampliación de la cobertura, de mejoría de la calidad de la atención, de vinculación entre la jurisdicción sanitaria y los municipios, de fortalecimiento de los recursos humanos, y, por último, de fortalecimiento de los recursos financieros y materiales. Lo cual ha derivado en un círculo de ineptitud y corrupción.

Para conocer la cobertura actual de los servicios, identificar a la población sin acceso permanente a ellos y, en muchos casos dirigir más bien acciones con fines electorales en consecuencia, no le interesa establecer las prioridades de atención para superar las insuficiencias destacadas, sino obtener inescrupulosamente un beneficio de a quienes esta obligado a atender, el Consejo Nacional de Salud elaboró un diagnóstico nacional de la capacidad instalada. También se actualizaron 32 estudios de regionalización operativa. con lo que fue posible advertir la situación de cobertura de las 10411 unidades de primer nivel en las 162918 localidades del país, así como sus posibilidades de referencia a las unidades médicas de segundo nivel.

Para empezar, en el diagnóstico realizado, en 1995 se asignaron mayores recursos y se aumentaron las plantillas de personal, con lo cual únicamente logró engrosar las filas burocráticas y a un caduco sindicalismo, al más puro estilo corporativista que representa el mayor lastre no sólo para el sector salud sino para el país, un descuido y abandono de la planta física y el equipamiento. Así, no se posibilitó hacer frente al incremento en la demanda ocasionado por la recesión económica.

Las principales acciones emanadas del Consejo se han concentrado en las siguientes estrategias.

1. Descentralización de los servicios de salud a población abierta, con la finalidad de que todos los estados y el Distrito Federal asuman las facultades, las decisiones, las responsabilidades y el control sobre la asignación y el uso de los recursos, que permitan a las autoridades locales una gestión descentralizada real, a partir de las necesidades y prioridades de la comunidad local. Vale la pena adelantar que al menos en el Distrito Federal dicha descentralización generó un problema de efectos aún no cuantificados.
2. Ampliación de la cobertura, dirigida a una población aproximada de diez millones de mexicanos que debe recibir servicios de salud en forma regular a través de un paquete básico de servicios de salud. Ésta es una iniciativa directamente vinculada con el proceso de descentralización, ya que serán los servicios estatales los encargados de aplicar el paquete, mediante una acción coordinada con las autoridades municipales y los comités de salud. Su operación, desde una gestión descentralizada, coordinada e integral, deberá dar respuestas más ágiles y efectivas a los problemas y necesidades locales. Lo cual aún no es tangible no sólo en el Distrito Federal sino en el resto del país.
3. Programa emergente de atención a los grupos más vulnerables, enlazado con el rezago en materia de atención a la salud sobre todo en poblaciones campesinas e indígenas. En esta tarea se marcha a buen ritmo. Se han puesto en operación los siguientes programas. Sierra Tarahumara, grupos indígenas de Nayarit, Hidalgo y Puebla; Programa Integral de Salud para el Estado de Chiapas y Programa Emergente de Salud en la Sierra Gorda de Querétaro. Pero no se han

respetado los usos y costumbres de los pueblos indígenas además de que persiste la discriminación en relación a las etnias.

4. Programa Municipio Saludable. En el nuevo federalismo, la integración nacional depende de la participación de ayuntamientos fuertes, como base de gobiernos estatales sólidos. El programa reconoce la diversidad municipal del país y promueve al municipio como espacio de gobierno vinculado con las necesidades básicas de la población. Es un programa estrechamente relacionado con las estrategias de descentralización y ampliación de la cobertura, en la que se expresa de una manera práctica el federalismo. El municipio es el lugar privilegiado para el desarrollo de las políticas de fomento y promoción de la salud, con la participación activa de la población: agua potable, construcción de letrinas y alcantarillado, recolección de basura, control de la fauna nociva y manejo adecuado de desechos residuales. Aquí también hay un descuido y excesivo abandono en el que las políticas de salud se articulan con otras principalmente con la económica, que invariablemente apunta hacia el libre mercado, en el ámbito del Nuevo Orden Mundial.

El impacto de la reforma abrirá mayores huecos y evidenciará un mal manejo de los recursos, concediéndose el Gobierno Federal menor margen en el desempeño de sus funciones rectoras. Esta serie de acciones no fortalecerá las habilidades administrativas y de gestión en los estados, así como el diseño de mecanismos e instrumentos, en síntesis, se logrará el compromiso de la Secretaría de Salud para cumplir con su nuevo papel de institución ceñida a los lineamientos dictados por el Fondo Monetario Internacional y al Banco Mundial, en una dinámica privatizadora que rige actualmente a nuestro país.

El desarrollo pleno de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura sólo es posible cuando existen condiciones de salud adecuadas. La reforma del sistema nacional de salud adquiere un espíritu aterrador al pretender adecuar el sector a la política selectiva de mercado.

Los avances en la salud de los mexicanos no han sido perceptibles. Alrededor de diez millones de personas carecen de acceso regular a servicios de salud y subsisten grupos de población al margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene. Prevalecen importantes desigualdades regionales que se manifiestan en altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas y padecimientos vinculados a la desnutrición y a la reproducción, sobre todo en regiones rurales dispersas y zonas urbanas marginadas.

El sedentarismo, la dieta inadecuada, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la falta de prevención efectiva de accidentes viales y laborales y las prácticas sexuales poco seguras, constituyen nuevos factores de riesgo.

Coexisten en nuestro país enfermedades propias de la pobreza como el cólera, las infecciones respiratorias agudas en los niños, la desnutrición y las muertes maternas y

perinatales que afectan sobre todo a los grupos de menores ingresos, con nuevos problemas de salud, relacionado con los cambios en los estilos de vida que se traduce en una mayor frecuencia relativa de enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas, tumores malignos, padecimientos mentales, adicciones y lesiones.

A esta compleja situación epidemiológica, se añade que el perfil demográfico del país está sufriendo una transformación radical, debido a la reducción en las tasas de mortalidad infantil, los programas de planificación familiar entre otros factores.

De esta forma, se presenta un crecimiento relativo de los grupos de edad avanzada que, paradójicamente, se vincula con problemas de salud más costosos, de larga evolución y difícil prevención.

Si bien el Sistema Nacional de Salud ha alcanzado cuestionables logros, es poco probable que, bajo su forma actual de operación y organización pueda superar los rezagos acumulados, hacer frente a los nuevos retos y atender al legítimo reclamo de los usuarios de que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia.

Desde el punto de vista del acceso formal a la atención médica en las instituciones públicas existen dos grandes grupos de usuarios. los afiliados a la seguridad social, que son unos 45 millones, y los no asegurados, que representan alrededor de 35 millones. Los primeros incluyen sobre todo a la población trabajadora del sector formal. El grupo de no asegurados incluye a quienes no participan en el sector formal de la economía, principalmente en el medio rural, y a las clases medias autoempleadas que no están protegidas ni han adquirido un seguro médico privado. En su mayoría, este grupo, hace uso de lo servicios públicos que ofrecen la Secretaría de Salud, el programa IMSS-Solidaridad y los servicios estatales y municipales. Hay un tercer grupo que, tenga o no acceso a la seguridad social, que en el caso es el más reducido tradicionalmente utiliza los servicios médicos privados, ya que generalmente siente desconfianza en las instituciones públicas por la excesiva burocracia y desorganización que las caracteriza.

Las instituciones del sistema de salud están segmentadas, y operan de manera centralizada, sin líneas bien definidas para una coordinación eficaz entre ellas. Cada una realiza por separado acciones normativas, financieras y de provisión de servicios sin que exista un marco que garantice la congruencia de las acciones y evite la duplicidad. Esta operación segmentada y centralizada de los servicios públicos de salud reduce las posibilidades de dar respuesta ágil y efectiva a los problemas y necesidades locales, diluye la asignación de responsabilidad y resulta cada vez más costosa e inoperante.

La necesidad de renovación de nuestro sistema de salud no es un caso aislado. Las iniciativas de reforma a los sistemas de salud han adquirido una importancia creciente en países con los más diversos niveles de desarrollo económico. Es urgente reformar nuestro sistema de salud con el propósito de mejorar el nivel de salud de la población,

distribuir equitativamente los beneficios y la carga de los servicios, satisfacer a los usuarios y a los prestadores de servicios, y evitar dispendios.

Para superar las actuales limitaciones, se deberá reorganizar el gasto en salud y establecer los criterios generales para hacer más eficientes los servicios de salud de las instituciones, en el marco legal que corresponda a cada una de ellas. Se reforzarán los recursos destinados al fomento de una vida saludable, a los programas de medicina preventiva y garantizar el abasto de los medicamentos e insumos esenciales, así como de los recursos humanos necesarios para la adecuada prestación de los servicios. Los programas de vacunación, nutrición y salud reproductiva constituirán el eje del paquete de servicios básicos, al cual se agregarán acciones específicas según sean las necesidades sanitarias regionales y locales.

Para asegurar la utilidad de esfuerzo colectivo en materia de salud, se deberá garantizar un nivel óptimo de preparación de quienes prestan estos servicios, alentar la vocación médica y la de enfermeras, fortalecer las instituciones de enseñanza para mejorar la calidad de los estudios de esas especialidades y aumentar también la posibilidad de que los especialistas mejoren sus condiciones de vida y de trabajo. El desarrollo de los recursos humanos se articulará con la innovación tecnológica y la investigación científica.

Será necesario mejorar los servicios y solucionar los problemas existentes en las catorce entidades donde se han efectuado el proceso de descentralización. En una primera fase de la descentralización, terminarán de delegarse a todos los estados y al Distrito Federal las facultades, decisiones, responsabilidades y el control sobre las asignaciones y el uso de los recursos que permitan a las autoridades locales un funcionamiento descentralizado real.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, es el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República se propone cumplir con sus compromisos internacionales y con su propósito de reducir la actividad estatal así como alentar la inversión privada en las tareas que son responsabilidad, a juicio nuestro, indelegables.

La insuficiente calidad, las duplicaciones, el centralismo y la cobertura limitada, constituyen los principales retos y la razón por la cual el Gobierno de la República, decidió emprender una reforma al Sistema de Salud. Al menos en el discurso se han hecho estos planteamientos aunque los motivos reales se han expuesto en el párrafo anterior.

El Sistema de Salud actual confronta serios problemas como resultado, por un lado, de cambios radicales en el perfil epidemiológico y demográfico de la población, y por el otro, de una organización y estructura que ya no es capaz de satisfacer con calidad y eficiencia las demandas crecientes en la materia y sobre todo, las que habrán de presentarse en los próximos años.

Por otra parte, la coordinación entre las diversas instituciones responsables de la prestación de servicios de salud ha sido insuficiente y la calidad de los mismos, si bien es heterogénea, tampoco satisface plenamente las expectativas de los usuarios. Por ello es necesario una reorganización radical, programática y funcional.

El propósito de la Reforma de Sector Salud es transformar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo un atractivo producto en el mercado lo cual se traduce en salud para quien pueda pagar.

Se prevé que los cambios en el primer nivel de la atención médica dentro de los servicios que ofrecen la seguridad social, constituye un incentivo fundamental que habrá de traducirse en una mayor calidad en la prestación de los servicios. Siempre y cuando respondan a la premisa de rentabilidad o valor agregado.

La Secretaría de Salud tiene bajo su responsabilidad desarrollar una política más racional de regulación sanitaria, con enfoque de riesgo y promover a través del fomento sanitario en productores, procesadores, prestadores de servicios y consumidores la mejoría continua de las condiciones sanitarias de los productores, servicios y establecimientos y con ello contribuir a abatir las enfermedades cuyo vehículo de transmisión son especialmente los alimentos. Tiene también la responsabilidad de garantizar la calidad, seguridad y eficiencia de los medicamentos y otros productos auxiliares para la salud que se producen, importan y expenden en el país. Aunque también tiene por objeto y como premisa mayor no entorpecer la actividad económica aunque esto conlleve la posibilidad de aumentar riesgos sanitarios.

Vinculado con lo anterior se encuentran diversos riesgos a la salud relacionados con factores ambientales, por esta razón, conocer y controlar la interacción de la población con su medio, así como controlar y vigilar sustancias tóxicas o peligrosas, constituyen un importante componente de la salud pública.

De igual forma, la publicidad en medios masivos de comunicación y en publicaciones especializadas debe vigilarse para asegurar que exista seguridad para los consumidores, y en su caso, evitar fraudes a la salud.

Por lo anterior, el área de regulación sanitaria deberá:

- a) Contribuir en la protección de la salud mediante la detección y prevención de riesgos y daños a la salud, en especial los derivados de la producción, fabricación, distribución, comercialización y uso o consumo de productos, bienes y servicios.
- b) Garantizar la seguridad y eficiencia terapéutica de los insumos para la salud que se comercializan en el territorio nacional.

- c) Identificar riesgos ambientales, estudiar y definir estrategias de control y llevar a cabo el seguimiento de la aplicación de la normatividad en el plano nacional en la materia.
- d) Incrementar acciones de control sanitario de la publicidad
- e) Favorecer la aplicación de normatividad más ágil y precisa donde se requiera, desregulando los giros susceptibles.

Regulación Sanitaria

El entonces Programa de Regulación Sanitaria se enmarcó también en los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo, 1995-2000, y en los del Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000

Los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, a través de la Dirección de Regulación Sanitaria, desarrollaron el Programa de Regulación y Fomento Sanitario como parte de las atribuciones y competencia que le son encomendadas para proteger y promover la salud de la población del Distrito Federal.

“La desarticulación del IMSS con la separación de los ramos de aseguramiento implica que el Seguro de Salud para la Familia (SSF) operarán sin interfases, funcionales o financieras, con el resto de los seguros. En consecuencia, la concepción plasmada en la nueva ley no obedece a la lógica de un sistema integral de seguridad social sino al nuevo principio ordenador del sector salud. De esta manera, la clave de interpretación de la ley en lo referido a los servicios de salud está cifrada en el proyecto de reorganización del sector salud anunciado en el *Programa de Reforma del Sector Salud*. Cabe señalar que este programa tiene un discurso cuidadoso. Evade, por un lado, toda referencia explícita a la privatización de los servicios y el seguro públicos; por el otro, evita formulaciones que pueden interpretarse como una intervención en la conducción de los institutos de seguridad social. La reforma tiene, sin embargo, una inconfundible impronta de la agenda para salud del Banco Mundial: *Invertir en salud* (1993), y de su versión mexicana elaborada por Funsalud (1994).”⁷

La propuesta del Banco Mundial está basada en la idea neoliberal de que los servicios médicos son bienes privados, dado que son apropiados por los individuos y en cantidades variables. De allí se desprende que la salud pertenece al ámbito de lo privado y que las necesidades de salud deben ser resueltas por los individuos en la familia o el mercado. Por tanto, el Estado sólo debe hacerse cargo de aquello que los privados no quieren asumir por falta de rentabilidad o no pueden comprar por falta de recursos económicos. Esta concepción es incompatible con la noción del derecho a la salud, que significa que todo ciudadano, por el solo hecho de serlo, tiene derecho a la satisfacción de sus necesidades de salud y, en consecuencia, que la sociedad

⁷ Laurel, Assa Cristina La Reforma contra la Salud y la Seguridad Social. México Ed. ERA, 1997, p 85

garantice este derecho destinado los recursos requeridos e instrumentando las acciones públicas correspondientes

La política de salud concreta que se desprende de la concepción neoliberal tiene dos grandes ejes: la mercantilización del financiamiento y la prestación de los servicios de salud, al igual que la reducción de los servicios públicos gratuitos a un paquete mínimo de servicios para los comprobadamente pobres. Más allá de la idea sobre los servicios médicos como bienes privados, la ineficiencia de las instituciones públicas justificaría introducir las fuerzas del mercado en el sector salud y asignar los recursos públicos con base en el cálculo costo-efectividad. Más esta supuesta ineficiencia no se demuestra empíricamente sino que es asumida como un postulado. Al aceptar esta premisa, no resulta necesario comparar los sistemas públicos y privados de financiamiento y prestación de servicios. Se evita, con ello, hacer una comparación que revelaría que los sistemas privados tienen muchas y conocidas desventajas. De esta manera, suelen ser más ineficientes; generar mayor inequidad en el acceso; provocar insatisfacción con los servicios, y tener menor impacto sobre las condiciones colectivas de salud

El principal objetivo de la intervención estatal sería, según el Banco, impulsar la diversidad y la competencia en el sector salud, tarea que requiere promover y facilitar la constitución de un mercado privado de seguros y servicios, así como regular sus posibles imperfecciones. Este proceso de mercantilización-privatización podría tener algunas modalidades distintas dependiendo de las características previas del sistema de salud. Sin embargo, en todos los casos se construye sobre tres pilares fundamentales que son: poner un precio a las acciones de servicio para darle carácter de mercancías y definir planes o paquetes de servicios con precios diferentes; establecer sistemas de prepago de los servicios o seguros que permiten, por un lado, garantizar un mercado respaldado con poder de compra y, por el otro, manejar los fondos de salud de manera privada y con fines de lucro, e introducir el principio de la libre elección del usuario de su asegurador y/o de su prestador del servicio.

"El Estado tendría, complementariamente, la tarea de asignar los recursos públicos, según los criterios de eficiencia técnica e instrumental, al financiamiento de los llamados bienes públicos y a las acciones de bajo costo, centradas en los pobres. La razón para financiar los bienes públicos, definidos como aquellos que se caracterizan por su no-exclusividad (no se puede excluir a nadie de su uso) y su no-rivalidad (su uso por alguien no impide el uso por otro), sería que no pueden convertirse en mercancías u objetos de compraventa. Las acciones de salud para los pobres se justificarían porque ellos no pueden satisfacer sus necesidades de salud en el mercado. No obstante, sólo deberían tener acceso a un conjunto mínimo de acciones esenciales de salud de bajo costo y con rendimientos altos en términos de los llamados *Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)*."⁸

⁸ Ibidem, p 87

Es necesario señalar que el cálculo de costo-efectividad basado en el costo de la intervención y los AVAD ganados tiene serios problemas teóricos y técnicos. La principal limitación teórica es que este cálculo se basa en una concepción monocausal de causa-efecto de las tres relaciones causales incluidas, a saber, la de agente-enfermedad, la de enfermedad-discapacidad y la de intervención-curación. Es decir, se recurre a un modelo causal que ningún científico considera válido en la actualidad. Una segunda limitación conceptual consiste en que se introducen ponderaciones o modificaciones en el cálculo en función de criterios que son ajenos al concepto de los AVAD, para compensar por el componente edad. Por ejemplo, se privilegian algunas acciones dirigidas a la población adulta por su importancia económica. Los problemas técnicos obedecen al hecho de que no se dispone de la información necesaria para cuantificar la discapacidad provocada por cada una de las enfermedades particulares, ni para calcular los costos de una acción determinada. Por esta razón se seleccionan, previamente y en función de criterios no derivados del modelo, los padecimientos y las acciones a someter al cálculo de costo-efectividad. En otras palabras, se excluye *a priori* una serie de enfermedades. Por último, se pasa por alto que los objetivos de la política de salud no son exclusivamente el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, sino también su bienestar general.

Significa, por tanto, que se pretende fijar las prioridades en salud con procedimientos pseudoobjetivos que excluyen toda consideración sobre los múltiples significados sociales, éticos y culturales de la salud; sobre su relación intrínseca con los derechos a la vida y al pleno desarrollo de capacidades y potencialidades colectivas e individuales, y sobre varios de los objetivos posibles de la política sanitaria. En resumen, se trata de desconocer que la complejidad del tema significa que la fijación de prioridades ha sido y tendría que ser una decisión democráticamente procesada con base en valores y objetivos sociales. En su lugar se apela a las virtudes del mercado, a pesar de sus muy conocidas imperfecciones, y a una contabilidad económica simplista de cuestionable coherencia teórica y con serias dificultades técnicas, incluso vista desde una perspectiva puramente económica.

Es indudable que la propuesta neoliberal para el ámbito de salud, concretada en el documento del Banco Mundial, obedece al proyecto ideológico de sus autores. Empero, también tiene objetivos específicos que, en este campo particular, corresponden al intento de resolver la contradicción básica del Estado capitalista moderno que consiste en garantizar condiciones de reproducción ampliada del capital y, a la vez, legitimarse mediante la satisfacción de las necesidades sociales de las clases subordinadas. De esta manera, un objetivo central de la política propuesta es consolidar el ámbito de salud como un terreno directo de acumulación capitalista. Asimismo, busca adecuar el sistema público de salud al ajuste fiscal sin que los gobiernos pierdan toda legitimidad. Por ello se desprende, de manera simultánea, bajar el gasto público en salud y ofrecer algunos servicios sociales exigidos por la población, en este caso, un Paquete de Servicios Esenciales de Salud.

“El Programa de Reforma del Sector Salud, presentado en marzo de 1996, reproduce los conceptos básicos del Banco Mundial y usa, además, su mismo lenguaje. Debe reconocerse, empero, que pone el acento en la promoción y la ampliación de la mercantilización de la salud antes que en la reducción de la responsabilidad del Estado en el financiamiento de los servicios de salud.”⁹

El programa plantea que los principales problemas de los servicios de las instituciones públicas de salud con su insuficiente calidad y limitada eficiencia; su segmentación y escasa coordinación; su centralismo, burocratismo y gigantismo, al igual que su deficiente cobertura. A partir de este diagnóstico se delinea una reforma orientada a resolver los problemas estructurales del sector salud que consiste en su reorganización, en función de las características geoeconómicas de la población. Como se observa en el esquema, el nuevo modelo consta de tres subsistemas: el de aseguramiento privado, el de seguridad social y el de los sistemas estatales de salud dirigidos a la población rural o suburbana “no-asegurable” (sic); es decir, aquella que no puede pagar un seguro de salud público o privado. Se trata, entonces, de un modelo que estratifica el acceso a los servicios de salud en función de la condición económica y el lugar de residencia de las personas. Resulta revelador que el esquema sugiera que el principal crecimiento se dará en las nuevas formas de aseguramiento privado y que se fusionarán las instituciones de seguridad social en una sola.

Según el documento, todas las instituciones asumirían nuevas funciones cuando el nuevo modelo de organización hubiera madurado. Así, la función de la SSA se restringiría a regular y normar el sector salud. El papel de las instituciones de seguridad social sería la recaudación y, junto con las aseguradoras privadas, la gestión del financiamiento de los servicios médicos. Los prestadores de servicio, tanto públicos como privados, funcionarían con un esquema competitivo de compraventa de servicios. Se sostiene categóricamente que esta reorganización llevaría a un sistema más eficiente y equitativo.

El subsistema de servicios estatales de salud se dirigiría a la población pobre de los cinturones de miseria urbanos y de las zonas rurales. Estos servicios corresponden a la vertiente de asistencia pública, centralizada y discrecional, que caracteriza a la política social neoliberal y que no es más que la variante moderna de la caridad pública y controladora del siglo XIX. Los lineamientos propuestos para este subsistema son la descentralización la participación municipal y la ampliación de la cobertura poblacional a través de un Paquete Básico de Servicios de Salud. Para consolidar este subsistema, la SSA cuenta con un préstamo del Banco Mundial de 450 millones de dólares estadounidenses para el período 1996-2000.

La descentralización, expuesta en el documento y convenida con las entidades federativas a finales de 1996, está cercanamente relacionada con el incremento en la participación de los municipios. Es así porque consiste en trasladar la responsabilidad de los servicios de la SSA y del IMSS-Solidaridad a las entidades federativas o los

⁹ Laurel Assa, *Cnстина* op cit, p 88

municipios. Significativamente, el documento no hace ninguna evaluación del anterior proceso de descentralización instrumentado en 14 entidades federativas en los años ochenta, a pesar de que causó problemas graves en los servicios y efectos nocivos en las condiciones de salud, en particular la morbilidad.

Este tipo de descentralización tiene varios objetivos. El primero, explícito en el programa es restringir las funciones del gobierno central a la regulación y normatización de la prestación de servicios de salud. El segundo objetivo consiste en trasladar, y por tanto diluir, la responsabilidad política de la prestación de servicios al nivel estatal o municipal. El tercer objetivo es reestructurar el financiamiento público de los servicios y por último, incrementar la parte recaudada a nivel local. Este objetivo se relaciona directamente con la definición de las llamadas Acciones Esenciales Irreductibles de Salud y la introducción del Paquete Básico de Servicios de Salud. De esta manera, la meta parece ser fijar el costo de las Acciones Esenciales como el techo financiero de la transferencia de recursos federales a los estados ya que en el programa sólo se establece el compromiso de proporcionar recursos para estas acciones. Con el esquema anterior los gobiernos estatales tendrían que financiar los servicios excluidos de los servicios esenciales. Puesto que la capacidad de allegarse recursos locales adicionales es muy dispareja, esta medida tiende a profundizar la desigualdad entre estados pobres y ricos, al igual que entre regiones.

Con estas características se trata, en realidad, de una descentralización hipercentralizadora. Ocurre así porque las decisiones cruciales sobre el contenido de los servicios y el monto, además de la asignación de los recursos federales, son tomadas e impuestas por el poder ejecutivo federal sin ninguna participación de los poderes locales o el poder legislativo, ni, mucho menos, de los usuarios o trabajadores de salud.

Para visualizar las implicaciones de esta política es necesario revisar cuáles son las Acciones Esenciales Irreductibles de Salud. Estas se definen como las consecuentes con la política nacional de salud; se producen importantes externalidades; que tienen un alto rendimiento en términos de costo-efectividad, y que se relacionan con metas comprometidas a nivel internacional. En esta definición el programa sigue puntualmente los planteamientos del Banco Mundial. Primero retoma la idea de distinguir entre servicios esenciales y discrecionales (a elección de cada quién) y, luego, los esenciales son definidos por sus grandes externalidades y su alto costo-efectividad. Es decir, se conciben los servicios de salud como bienes privados, por lo que el Estado sólo debe responsabilizarse de las acciones relacionadas con los bienes públicos no-mercantilizables o cuasi-públicos (con beneficio más allá del individuo, o sea, con grandes externalidades) y un paquete mínimo de acciones, dirigido a los pobres, con alto rendimiento de costo-efectividad calculado con base en los AVAD.

En concreto, las acciones esenciales del programa forman un conjunto de acciones de salud pública y de atención médica. Las de salud pública se subdividen, a su vez, en acciones de promoción a la salud y de servicios preventivos, que se sobreponen

parcialmente con las de atención médica. Los componentes más importante de estas últimas son, por un lado, la ampliación de cobertura con un Paquete Básico de Servicios y, por el otro, el fortalecimiento de la capacidad gerencial en los servicios, presumiblemente como paso previo para hacerlos funcionar de manera competitiva en el mercado. Resulta notable que la mayoría de las acciones esenciales enumeradas son las del Paquete Básico, por lo que éste resume los servicios comprometidos.

El contenido del paquete es demasiado reducido y pensado para realizarse con tecnología simplificada y por personal de baja calificación. Sus componentes son: saneamiento básico a nivel familiar; manejo de diarreas en el hogar con suero oral y referencia para tratamiento; educación para identificar signos de alarma de las infecciones respiratorias y referencia para atención; tratamiento antiparasitario familiar; prevención y control ambulatorio de tuberculosis pulmonar; hipertensión y diabetes con medicamentos orales, inmunizaciones, vigilancia nutricional y del crecimiento, otorgamiento de anticonceptivos; atención prenatal, del parto y puerperio; primeros auxilios; control y prevención de enfermedades endémicas o prevención y control de accidentes. Cualquier servicio no incluido en el paquete sería discrecional y el individuo deberá financiarlo, sea mediante el pago directo o por vía de un seguro público o privado. En esta lógica, los mexicanos no-asegurables no podrían aspirar; por ejemplo, al tratamiento de un absceso amibiano o cirugías comunes como una apendectomía a menos que paguen por estos tratamientos o tengan la fortuna de vivir en un estado con recursos suficientes para ofrecerlos en su sistema estatal de salud. Visto desde esta perspectiva, el lineamiento de ampliar la cobertura con la universalización del Paquete Básico significa, en los hechos, una restricción importante del derecho constitucional de protección de la salud.

El programa establece varios lineamientos respecto a los dos subsistemas para la población asegurable, es decir, la población urbana con capacidad de pago. El primer lineamiento consiste en mejorar la calidad de los servicios e incrementar su eficiencia, cuestión que se lograría con la libre elección del médico o servicio médico por parte de los usuarios donde existan múltiples prestadores. Esta pauta es la pieza clave para introducir en los servicios públicos lo que se conoce, entre los expertos en la materia, como la competencia interna o el mercado interno. Se trata de un sistema donde se asignan los recursos financieros en función de la demanda demostrada de servicios o, lo que es lo mismo, un sistema en el cual las unidades de servicio compiten por los recursos disponibles cobrando al gestor o administrador del financiamiento los servicios prestados a sus asegurados. Las dos condiciones necesarias para instrumentar este sistema son que todos los procedimientos diagnósticos y curativos sean costeados (tengan un precio) y las unidades de servicio (clínicas y hospitales, entre otros) sean administradas con criterios empresariales. La libre elección y la competencia interna constituyen los primeros pasos para establecer un sistema plenamente mercantilizado de competencia administrada, que no es otra cosa que el esquema de compraventa de servicios médicos con prestadores privados y públicos, previsto en el programa de reforma como el punto culminante de la reorganización del sector salud.

El segundo lineamiento del programa respecto a los servicios para la población asegurable es ampliar la cobertura de la seguridad social por medio de dos mecanismos. Uno es modificar el esquema de financiamiento al reducir la cuota obrero-patronal e incrementar la aportación del gobierno para incentivar la inscripción del trabajador al seguro. El otro es crear el seguro de Salud para la Familia para poder asegurar a la población con capacidad de prepago pero que carece de una relación laboral formal. Estas medidas incrementarían el número de familias aseguradas y posibilitarían *"una mayor interacción con el mercado de seguros [...] [privados mediante el] mecanismo de reversión de cuotas actualmente muy limitado"*.

Lo anterior, con un propósito claramente privatizador, tiene como base la idea de transferir el subsidio estatal de las instituciones públicas (la oferta) a los individuos (la demanda). Es así porque el aumento en la aportación estatal no se canalizaría directamente a estas instituciones sino al seguro de cada una de las familias aseguradas que podrían optar por la alternativa privada o pública. Se permitiría, entonces, promover la mercantilización de los seguros y servicios médicos, respaldando la demanda con poder de compra. Esta medida complementa la de libre elección y juntas ponen las bases para impulsar nuevas formas de aseguramiento privado y la prestación privada de servicios. Es, en este contexto, donde la nueva Ley del Seguro Social adquiere su pleno significado.

La reforma del sector salud y la nueva Ley del Seguro Social marcan un punto de inflexión en la política de salud en el país. Significan el abandono del anterior modelo en el cual la gradual extensión de los servicios médicos, públicos y solidarios del seguro social constituía la estrategia central para universalizar tendencialmente el derecho a la salud. En su lugar se promueve un nuevo modelo con una clara orientación mercantil y privada que significa la individualización, la diferenciación y la restricción de derechos, tanto para los asegurados como para la población no-asegurada.

No existe ningún argumento de fondo ni evidencias empíricas que permitan suponer que este modelo pueda resolver los principales problemas del sistema de salud mexicano que, vistos desde el ángulo del bienestar social colectivo, son, en síntesis, la desigualdad en el acceso a los servicios de calidad ante la misma necesidad y los recursos públicos insuficientes para garantizar el derecho a la protección de la salud. En este contexto es necesario recordar que, históricamente, las naciones sólo han podido garantizar este derecho a sus ciudadanos con un sistema público, lo que significa que la sociedad asume colectivamente la responsabilidad y destina los recursos necesarios para alcanzar este fin. Por el contrario, la vía del contrato privado e individualizado para proteger la salud no sólo ha dejado a una parte de la población al margen de los servicios sino que, además ha demostrado ser más costosa para todos: la nación, los individuos y las empresas. La vía privada tampoco garantiza servicios de mejor calidad porque incentiva prácticas, diagnósticos y terapéuticas invasivas y peligrosas.

2. 2. Decreto por el que se crea el Organismo Descentralizado de la Administración Pública del Distrito Federal denominado “Servicios de Salud Pública del Distrito Federal”

A manera de introducción en este capítulo se presentan fragmentos del Acuerdo Nacional para la descentralización como un documento previo al análisis del Decreto para el Distrito Federal.

El proyecto de nación al que aspira el pueblo de México está claramente definido en sus principios constitucionales, entre los que destaca el Federalismo como expresión política esencial. El Federalismo encuentra sus raíces en la historia del país. Se advierte en la lucha de independencia y en la defensa de su soberanía. Es a su vez el origen de la unidad que representa la diversidad cultural de la nación y permite la integración armónica de todas las regiones. El México de hoy, complejo, diverso; y de promisorio futuro, requiere de un Federalismo renovado en su organización política que fortalezca su capacidad democrática y propicie un país más equilibrado y más justo.

Por otra parte, la salud es un elemento imprescindible del bienestar. Es el sustento para el pleno desarrollo de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura, por ello no se le puede concebir sólo como un valor biológico. Es también un bien social. Entendida de esta manera, la salud constituye un derecho esencial de todos. El nivel de salud poblacional es, sin duda, el más importante de los indicadores que dan cuenta del desarrollo social. Las medidas para elevarlo representan el componente más elemental de la justicia social. El derecho a la protección de la salud, previsto en el artículo 4º Constitucional, determina principios de equidad y justicia que, con vocación humanista, asume el Estado Mexicano en todos sus órdenes de gobierno. Así lo identifica el Gobierno de la República y por ello convoca a un acuerdo nacional sobre la responsabilidad pública en materia

Este documento contiene, ya formalizado, el Acuerdo Nacional que permitirá la descentralización de los servicios de salud y lo suscriben; El Gobierno Federal, los gobiernos de cada una de las entidades federativas de la República Mexicana y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Los suscriptores de este Acuerdo Nacional reconocen los innegables avances logrados en la salud de los mexicanos que el Sistema Nacional de la Salud ha alcanzado, pero les está claro también, la poca probabilidad que se tiene, bajo la forma actual de organización, de superar los rezagos acumulados y hacer frente a los nuevos retos, por lo que resulta indispensable la redefinición estructural del sistema.

El Gobierno Federal concurre al Acuerdo Nacional con los compromisos que en materia de salud se determinaron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y en el Programa de Reforma del propio sector. Los compromisos se atenderán principalmente por el desarrollo de cuatro estrategias:

1. La descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud para la población no asegurada.
2. La configuración de sistemas estatales.
3. La ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de servicios, y
4. El mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales mediante una mejor coordinación sectorial.

El grado actual de desarrollo del país y la complejidad para la ejecución de decisiones tomadas desde el orden federal en responsabilidades que de origen corresponden al orden local, entre otros factores, plantean la necesidad de descentralizar responsabilidades, recursos y decisiones con las que se cumple un doble propósito; el político, al fortalecer el federalismo y reintegrar a la esfera local las facultades que les eran propias al suscribir el pacto federal, y el social, al acercar a la población servicios fundamentales, que al ser prestados por los estados aseguran a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad.

Los estados contribuirán de manera significativa en la consolidación del Sistema Nacional de Salud a través de la formulación y desarrollo de sus programas locales, y de conformidad con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, el Programa de Reforma del Sector Salud y este Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.

Los estados adquieren el compromiso de mejorar sus sistemas de verificación y control sanitario de los establecimientos que expendan o suministren al público alimentos y bebidas no alcohólicas, en estado natural, mezclados, preparados, adicionados o acondicionados, para su consumo dentro o fuera del mismo establecimiento, basándose en las normas que al efecto se emitan.

El esfuerzo y compromiso conjunto de los gobiernos federal y locales, a través de la coordinación entre estos órdenes de gobierno prevista en la Ley General de Salud, permitirá arribar a mejores resultados en áreas sanitarias que representan especial importancia para la salud pública, como son:

1. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación, y productos higiénicos, y el de los establecimientos dedicados a su proceso
2. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios.
3. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

4. La prevención del consumo de drogas ilegales, y

5. La sanidad internacional.

Tanto el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, como el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, proponen transferir al Distrito Federal los recursos y apoyos técnicos y operativos de la Secretaría de Salud destinados a la atención de la población abierta, con el fin de acercar a los ciudadanos las instancias de decisión y resolución de los problemas;

Los gobiernos Federal y del Distrito Federal, con la participación de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, suscribieron el Convenio de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta del Distrito Federal, mediante el cual se formalizó la transferencia al Distrito Federal de los recursos humanos, materiales y financieros, así como de los bienes inmuebles, con los que la Secretaría de Salud prestaba dichos servicios en la Ciudad de México.

En el Convenio de Coordinación descrito se plasmó el compromiso de respetar, en los términos de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, todos los derechos adquiridos de los trabajadores transferidos y los referentes a su organización sindical, incluidos los derivados de las condiciones generales de trabajo y los tabuladores salariales, y para recibir y administrar los recursos y los bienes transferidos resulta pertinente constituir un organismo descentralizado del Distrito Federal, el que por su autonomía técnica y de gestión, es el más idóneo para el cumplimiento de los fines señalados.

Todo lo anterior resulta apreciable sin embargo en su fondo marca el inicio de la desarticulación del Estado con su obligación de proteger la salud.

A continuación se estudiarán el decreto y el acuerdo para la Descentralización de los Servicios de Salud para el Distrito Federal:

El artículo 4° Constitucional consagra el derecho de toda persona a la protección de la salud como respuesta a la sociedad mexicana que aspira a mejores niveles de vida.

La Ley General de Salud define la naturaleza y alcance del derecho a la protección de la salud, así como las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud y distribuye la competencia sanitaria entre la Federación y las entidades federativas conforme a un criterio descentralizador.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 establece que los servicios de atención a la población no asegurada operarán en forma descentralizada y que dicho proceso abarcará a todos los estados y al Distrito Federal, a los que se transferirán decisiones,

responsabilidades y recursos que permitan a las autoridades locales un funcionamiento descentralizado real.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 es el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, y señala que la descentralización permitirá hacer una distribución más racional del gasto federal en salud.

El Programa para el Desarrollo del Distrito Federal 1995-2000 tiene, entre otros objetivos, garantizar el acceso universal a los servicios de salud, en el contexto de la transferencia de unidades, programas, recursos y servicios de la SSA localizados en la Ciudad de México, al Gobierno del Distrito Federal.

Origen de la descentralización administrativa

“La descentralización política se aprecia desde tiempos remotos de la historia, por ejemplo, el Imperio Romano que se dividía en dos, el de occidente y el de oriente.

Como fenómeno social, la descentralización de ciertos órganos político-administrativos se aprecia en todos los Estados modernos y aún en las organizaciones internacionales, que tienen órganos regionales para atender con celeridad y eficacia a la región que sirve, así tenemos en la ONU las comisiones regionales (CEPAL, CEALC, etc.).

La descentralización administrativa, en el sentido en el que la concebimos, tuvo su origen y desarrollo teórico en Francia, a través de la institución que denominaban establecimiento público descentralizado y que obedecía la necesidad práctica de atender un servicio público, con personal técnico especializado, con independencia presupuestaria, que diera flexibilidad a las necesidades económicas del servicio y libre de los factores y problemas que impone la burocracia centralizada, ya que, de acuerdo con esas ideas, la entidad tenía un estatuto jurídico y personal distinto de la burocracia.

En Francia se habla de establecimiento público descentralizado cuando se atiende un servicio técnico, con personal experto y con autonomía presupuestaria. Creemos que estas razones son extrajurídicas para determinar la conveniencia de establecer o no un organismo descentralizado, pues, a pesar de las críticas que se hagan a la organización central, no se ve fundamento jurídico de fondo para que ésta no pueda contar con esos elementos para realizar su actividad¹⁰.

Concepto de descentralización administrativa, en estricto sentido

La descentralización administrativa es una forma de organización que adopta, mediante una ley (en el sentido material), la Administración Pública, para desarrollar:

¹⁰ Acosta Romero, Miguel, Teoría General del Derecho Administrativo, México, Ed. Porrúa, 1999 pp 487-488

- 1 Actividades que competen al Estado.
2. O que son de interés general en un momento dado,
- 3 A través de organismos creados especialmente para ello, dotados de:
 - a) Personalidad Jurídica.
 - b) Patrimonio Propio.
 - c) Régimen Jurídico Propio

"Artículo 45.- Son organismos descentralizados las entidades creadas por ley o decreto del Congreso de la Unión o por decreto del Ejecutivo Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, cualquiera que sea la estructura legal que adopten", y la Nueva Ley Federal de Entidades Paraestatales en sus Artículos 2º, 14 y 15.

Como personas jurídicas colectivas de derecho público, los organismos descentralizados tienen las siguientes características:

1. Son creados, invariablemente, por un acto legislativo, sea ley del Congreso de la Unión, o bien, decreto del Ejecutivo.
2. Tienen régimen jurídico propio.
3. Tienen personalidad jurídica propia que les otorga ese acto legislativo.
4. Denominación.
5. La sede de las oficinas y dependencias y ámbito territorial.
- 6 Tienen órganos de dirección, administración y representación.
7. Cuentan con una estructura administrativa interna.
- 8 Cuentan con patrimonio propio
- 9 Objeto.
10. Finalidad.
11. Régimen Fiscal."

"1. Son creados por un acto legislativo:

Como ya se comentó, todos los organismos públicos descentralizados son creados bien sea por una ley del Congreso de la Unión, o por un decreto del Ejecutivo (con la

crítica que ya se ha formulado a esa práctica), y es a partir de que entra en vigor el acto que los crea, que, en nuestra opinión, surge su personalidad jurídica, sin necesidad de ningún otro procedimiento. En los organismos descentralizados locales y municipales, se sigue procedimiento similar.

2. Tienen régimen jurídico propio

Todos los organismos descentralizados cuentan con un régimen jurídico que regula su personalidad, su patrimonio, su denominación, su objeto y su actividad. Este régimen generalmente lo constituye lo que pudiéramos llamar su Ley Orgánica, que puede ser bien una ley del Congreso, o un decreto del Ejecutivo, que materialmente pudiéramos considerar como ley, puesto que crea una situación jurídica general.

La actividad de los organismos descentralizados se regula tanto por normas de derecho público, como por normas de derecho privado; tenemos, por ejemplo, que el Artículo 12 de la Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional, en su ramo del Petróleo (*Diario Oficial*, 29 de noviembre de 1958), determinaba que, en lo no previsto por la ley, se consideran mercantiles los actos de la industria petrolera y se registrarán por el Código de Comercio y, de modo supletorio, por las disposiciones del Código Civil del Distrito Federal. La Ley Orgánica de Petróleos Mexicanos (*Diario Oficial*, 6 de enero de 1971), que abrogó la antes citada, en su Artículo 17, primer párrafo, establece que en todos los actos, convenios y contratos en que intervenga Petróleos Mexicanos, serán aplicables las leyes federales, y las controversias en que sea parte, cualquiera que sea su carácter, serán de la competencia exclusiva de los Tribunales de la Federación.

Además de lo anterior, existe una serie de disposiciones legales aplicables a los organismos descentralizados, como son: la LOAPF (Artículo 1º, párrafo tercero; fracción Y; 9º; 45, 50, 51, 52 y 54), la LFEP, la LPCGP; la LGDP; y el acuerdo de Agrupación Sectorial (*Diario Oficial*, 3 de septiembre de 1982).

3 Personalidad Jurídica

La personalidad jurídica propia, como ya se dijo, le es otorgada por el acto creador y difiere profundamente del sistema y de la teoría que en Derecho Civil y Mercantil predomina sobre la creación de las personas jurídicas colectivas.

En efecto, es necesario aclarar que estos organismos son creados estrictamente por vías de un acuerdo político-administrativo y por normas de derecho público; antes de su creación no existen elementos personales, ni materiales, es decir, al contrario de otras personas jurídicas colectivas, en las que el grupo de personas físicas las organiza y les dota del patrimonio, en los organismos públicos descentralizados, su creación se decide, como ya se dijo, por vía de autoridad y es después expedida su Ley Orgánica, que conjunta el elemento personal, el patrimonio, etc...¹¹

¹¹ Ibidem, p 497-498

Después de hacer una acuciosa revisión al proceso de descentralización administrativa y su conceptualización teórica, es posible inferir que siendo la Dirección de Regulación Sanitaria, la autoridad responsable de ejercer la vigilancia y el control sanitario, a través del instrumento jurídico-administrativo, consistente en realizar visitas de verificación sanitaria en materia de salubridad local y en su caso, concurrente, ésta actividad tuvo que ser suspendida ya que la creación del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud Pública, con motivo del proceso descentralizador adscribió orgánicamente a la precitada Dirección, aunque la autoridad competente para ejercer la regulación sanitaria era el Instituto de Servicios de Salud de acuerdo a la propia ley de Salud del Distrito Federal, creando de esta forma un organismo con estructura operativa pero sin facultad de ejercicio y por otro lado un órgano con potestad de ejercer la referida actividad pero sin personal, recursos ni estructura para ejecutarlo; todo lo anterior con el propósito de crear una imagen de incapacidad e ingobernabilidad al gobierno electo por primera vez para el Distrito Federal, situación que se abordará en los siguientes dos capítulos.

2. 3. Las elecciones para Jefe de Gobierno del Distrito Federal del 6 de julio de 1997

“El 6 de julio de 1997 México vivió un vuelco en su complejo proceso de transición política. El periodo anterior, abierto en 1988 con el triunfo sellado por el fraude de Salinas de Gortari a la presidencia de la república estaba dirigido a construir un régimen de “alternancia” entre el Partido Revolucionario Institucional y el Partido de Acción Nacional. La vía de cambios pactada entre ambos partidos supuso por un lado la aceptación tacita de la “gradualidad” de las transformaciones hacia un régimen político “competitivo” y, por otro, un acuerdo básico en torno al modelo económico neoliberal. Un elemento decisivo de este pacto fue la marginación de los actores populares y de sus núcleos políticos representativos de la conducción y del diseño del futuro “modelo económico político”. Este tránsito tuvo como ingrediente esencial el hostigamiento y, con frecuencia la represión de movimientos sociales independientes y de agrupamientos de izquierda, particularmente representados por el cardenismo y el Partido de la Revolución Democrática”¹².

“La reforma electoral prometida por Ernesto Zedillo desde el principio de su mandato no vio la luz sino a partir de 1996, cuando el país se preparaba ya para los comicios de 1997. Producto de la gran presión cívica y popular desarrollada desde 1994 y de la necesidad del gobierno de mostrar alguna proclividad democrática frente a sus compromisos internacionales, esta reforma respondió a exigencias clave de un amplio espectro de fuerzas sociales y políticas del país, aunque mantuvo restricciones importantes que se evidenciaron durante las elecciones federal y locales. Una de las más visibles fue prescindir de los principales acuerdos de San Andrés Larrainzar

¹² Moquel, Julio et al, México 2000: ¿Rumbo a un régimen democrático?, en La Transición Difícil, México, La Jornada Ediciones, 1998, p 103

firmados por el EZLN y el gobierno en febrero de 1996, que debían, entre otras cosas, garantizar la participación política de los indígenas¹³.

El vuelco electoral empezó a anunciarse desde finales de 1996 en las elecciones locales de Guerrero, Hidalgo y el Estado de México, pero sobre todo en los comicios de Morelos en marzo de 1997. Sorpresivamente, el perredismo incrementa de manera significativa sus porcentajes electorales, y sus candidatos ganaban plazas importantes, destacan algunas ciudades donde tradicionalmente había gobernado el PRI. Entre mezclados el "voto de castigo" y el sufragio por el cambio, empezaron a reanimar a las fuerzas del PRD, en el momento en que elegían a Cuauhtémoc Cárdenas, como su candidato a la jefatura del Distrito Federal. Una estrategia de amplias alianzas y una inteligente actividad proselitista desplegada por su nueva dirección política completaron el cuadro. La voluntad de renovación encontraba, como el 88, los causales para volverse fuerza unificada.

"En febrero de 1997, las preferencias electorales en la capital se inclinaban aún claramente hacia el PAN. Una encuesta aplicada a principios del año por el CEO de la Universidad de Guadalajara a 1,200 ciudadanos registrada el 42.9 por ciento de los votos para el PAN, 17.5 para el PRI y 23.5 por ciento para el PRD. Pero tan pronto Cárdenas gana la nominación de su partido la tendencia empezó a modificarse con cierta brusquedad. En el mes de marzo, encuestas aplicadas por la misma institución universitaria ubicaban al candidato del PAN en 27.5 por ciento de las preferencias, frente a un 20.5 por ciento de Alfredo del Mazo y 34.8 por ciento del candidato perredista. En abril las preferencias por Carlos Castillo Peraza seguían su caída (26.0 por ciento), el PRI también descendía (18.6 por ciento) y el PRD daba un salto en el número de sus virtuales votaciones (37.6 por ciento).

Del mes de abril al día de las votaciones Cárdenas mantuvo ya una clara e irreductible delantera con promedios en las preferencias que oscilaron entre 35 y 39 por ciento y que expresaron crecientes simpatías no solo entre los sectores populares o medios sino también entre los de ingresos más altos. Una encuesta aplicada durante el mes de abril demostró que 36 por ciento de quienes obtenían ingresos mayores de 7501 pesos mensuales se inclinaban por Cárdenas, 24 por ciento por Castillo Peraza y 14 por ciento por Del Mazo. Los votos de los jóvenes resultaron decisivos. Una "encuesta de salida" que realizó el diario Reforma el día de las elecciones mostró que el 82 por ciento de los ciudadanos de entre 18 y 29 años había sufragado contra el PRI, y el 51 por ciento de estos lo había hecho por el PRD¹⁴.

Las olas del ascenso perredista provenientes de las elecciones de Guerrero, Hidalgo, Estado de México y Morelos llegaron, pues, al centro del país desde la periferia; pero a partir de marzo de 1997, con la candidatura y el avance de Cárdenas en la capital, las olas se movieron en un sentido inverso, reanimando campañas locales que en condiciones normales se hubieran mantenido en un nivel bajo o medio.

¹³ Ibidem, p 106

¹⁴ Moguel, Julio et al, op cit, pp 107-108

Alguien se refirió al 6 de julio de 1997 como una "insurrección pacífica y silenciosa". En un ambiente de sobriedad religiosa los ciudadanos acudieron masivamente a depositar su voto, y en la Ciudad de México lo hicieron en su mayoría por Cárdenas.

El triunfo magno del perredismo fue sin duda el de Cuauhtémoc Cárdenas quien ganó con 47.1 por ciento de los votos (1,859,866 sufragios), frente a 25 por ciento del PRI y 15.2 por ciento del PAN. El PRD triunfó en 38 de los 40 distritos locales.

No es un secreto para nadie que la candidatura de Cuauhtémoc Cárdenas a la jefatura del Distrito Federal se convirtió en un factor determinante no solo para ganar la capital del país sino también para "jalar" hacia su partido votos significativos en otras entidades.

Ello podrá comprenderse si se reconoce que Cárdenas no es únicamente el líder máximo del PRD sino cabeza de un movimiento mucho más amplio en el que se identifican y convergen disímiles sectores sociales el cardenismo es un claro referente de identidad para diversos núcleos populares y civiles. Cuauhtémoc Cárdenas recoge la herencia política del viejo cardenismo y sin lugar a dudas, muchos ven en él la reencarnación misma de su padre. Pero diez años de lucha por la democratización del sistema político y contra el salinismo le han permitido resignificar su imagen y sentido estratégico de sus propuestas. El Cárdenas que vio arrebatado su triunfo en 1988 no es el mismo que triunfó en 1997. En aquellos años el ideal o la identidad cardenista presente en amplios sectores populares aún era una mixtura, un gozne entre dos tiempos políticos o dos épocas. Hoy es una "construcción" propiamente moderna, moldeada por los avatares de la lucha contra el sistema de partido de Estado y el neoliberalismo, así como por la emergencia de un nuevo y pujante proceso de ciudadanización y de luchas sociales.

El cardenismo es hoy un sentido común, un estado de ánimo, "inquietud de la sociedad civil" o forma de resistencia civil y de participación social.

1998 abrió un nuevo complejo espacio de lucha social, que en el marco de un equilibrio extremadamente frágil, puede conducir al país a un sólido sistema democrático o bien a una regresión de consecuencias aun insospechadas. México vive hoy de nueva cuenta una disyuntiva histórica.

"Dos versiones alternativas sobre la situación nacional se proponen después de las elecciones del 6 de julio.

Una afirma que el país vive una transición a la democracia, cuyos síntomas serían las elecciones en el Distrito Federal, el acotamiento del poder presidencial, la diferente configuración del Congreso de la Unión.

La otra sostiene que México sigue inmerso en una crisis prolongada de la forma del Estado. Entendemos aquí forma de Estado como un conjunto de relaciones de mando y

representación entre gobernantes y gobernados, relaciones cuya legitimidad, estabilidad y modo de reproducción son aceptadas por todos.

Las elecciones del 6 de julio, y en particular sus resultados en el Distrito Federal con el triunfo arrasador de Cuauhtémoc Cárdenas y el PRD, son una nueva expresión de la crisis, no su salida o su solución".¹⁵

La votación del 6 julio en el Distrito Federal (donde al contrario de varios estados de la república, hubo una relativa limpieza en la emisión y el recuento de los votos) fue un renovado intento del electorado urbano como en 1988, por abrir una salida democrática a la crisis del Estado. La votación por Cárdenas cubrió un arco muy amplio de clases y estratos sociales, con motivaciones y expectativas en parte diferentes.

Sin embargo, si un denominador común tiene ese amplio arco - y necesariamente lo tiene - es tal vez el compartido agravio de los mas diversos sectores de la población de la ciudad: uno, por la arbitrariedad, la corrupción, la impunidad la soberbia y despotismo del PRI; dos, por la estafa a la nación del gobierno de Carlos Salinas y su aliado el PAN; y tres, por la mentira de las promesas de Ernesto Zedillo en la campaña presidencial de 1994, su efecto devastador durante el año 1995 y sus terribles secuelas hasta el presente

Este triple agravio desencadenó la marea de votos por Cárdenas - la mitad del electorado - y redujo a dos minorías de un cuarto cada una al PAN y al PRI, enviado este ultimo al segundo lugar en la capital de la República. Este resultado fue también un voto de confianza a quien había encabezado desde diez años antes la oposición más tenaz y sin concesiones al régimen del PRI.

La votación del 6 de julio, por su amplitud y su magnitud, fue en todos los sentidos una rebelión democrática de los habitantes del Distrito Federal contra un orden injusto que se le había vuelto ya intolerable. no producto del destino, del mercado o de la economía como fuerzas abstractas e impersonales, sino "una consecuencia de la injusticia humana ", resultado de una situación que no necesitan, no pueden y no deben soportar.

Sobre cada una de esas dimensiones golpeó la victoria de la oposición democrática en el Distrito Federal, la mayor concentración urbana del país y del continente.

"En esta ciudad reside el Poder Ejecutivo Federal, están las sedes de las corporaciones y las finanzas, se cruzan los hilos de todos los tráficos y las especulaciones, y se ubica el mayor centro de extracción de la renta proveniente del ejercicio corrupto del poder. En el Distrito Federal se asienta, por otra parte la mayor concentración productiva del país, y genera el 25 por ciento del PBI nacional, son suficientes estos escuetos datos para entrever la magnitud de lo que estaba en juego en la elección.

¹⁵ Gilly, Adolfo et al, Agravio y Justicia en La Transición Difícil. México, La Jornada Ediciones, 1988, p 67

La población de esta ciudad dijo "¡basta!" y entregó el gobierno municipal a Cuauhtémoc Cárdenas, en una votación que tuvo la dimensión y la internacionalidad de un pronunciamiento sobre la política nacional.

Después de esa victoria y en parte por esas mismas características, dos amenazas visibles se han cernido sobre este gobierno.

Por un lado el poder del Estado nacional - es decir, el poder político - sigue en manos del partido de Estado, entrelazado con el poder económico en manos del capital financiero. Ese poder de Estado cerca, de hecho al gobierno del Distrito Federal, aunque esta obligado a respetar por el momento los resultados electorales. Pero su partido esta resuelto a recuperar la ciudad utilizando todos los recursos legales, y sobre todo ilegales, para llevar al desorden al Distrito Federal y al fracaso a su gobierno.

Por, el otro, aún sin contar con esas intenciones negativas la crisis de ese Estado en sus múltiples dimensiones mas allá de toda voluntad humana, rodea de dificultades y de factores de descontrol la tarea de afirmar un gobierno democrático en la capital de esta república desgarrada. Por que el gobierno de la ciudad, como parte que es de la forma estatal existe, no puede mantenerse ajeno, por diferente que pueda ser su política a los efectos deletéreos y los contragolpes de esa crisis global ni puede por si solo darle una solución".¹⁶

Los efectos de la revolución conservadora hacen trizas el espacio urbano y crean las condiciones económicas, políticas, y físicas desde donde la inseguridad se extiende por si misma y más allá de toda voluntad individual. La política de "criminalización de la pobreza", no declarada activamente practicada por el gobierno, sus ideólogos y sus medios de comunicación (en especial los dos grandes sistemas privados de televisión Televisa y TV Azteca) y el regreso a la ideología del siglo XIX sobre las "clases peligrosas", han llevado más y más a una fragmentación del uso legítimo de la violencia.

La legitimidad del nuevo gobernador del Distrito Federal proviene en cambio del voto ciudadano y de su magnitud numérica. La novedad no reside solamente en el hecho obvio de que ese cargo ahora es electivo. Reside sobre todo en dos hechos combinados: 1) en la elección fue abrumadamente derrotado el candidato del anterior Gran Elector el presidente y fue elegido en cambio el Gran Opositor: la proclamada mayoría electoral del presidente en la sede de sus poderes se disolvió como nieve al sol; 2) en esta elección, pues, no solo por ley sino sobre todo por voto ciudadano, la legitimidad caída de esta forma de poder presidencial se vio confrontada con la legitimidad en ascenso del gobernador electo en la ciudad sede de los poderes federales.

¹⁶ Ibidem pp 69-70

“En otras palabras, el nuevo gobierno esta ante la disyuntiva de constituirse en la vida real, en una experiencia y un proyecto para la solución de la crisis, o de ser absorbido y subordinado por esta y en consecuencia anulado como posibilidad y novedad.

Para que sea la primera opción la que se abra paso es necesario:

- 1) que el nuevo gobierno funcione efectivamente como tal, es decir, que sea capaz de hacer funcionar la rutina normal de la administración y de mejorar, así sea paulatinamente, la eficiencia y la eficacia de ese funcionamiento;
- 2) que al mismo tiempo cree hechos nuevos donde empiece a verse una relación diferente entre gobernantes y gobernados y que empiecen a materializarse en esos hechos y no en las palabras, los elementos de una nueva legitimidad,
- 3) que en la relación entre los dos puntos anteriores, es decir, entre la rutina administrativa indispensable y la novedad política esperada, los gobernados se sienten representados y se asuman cada vez más como ciudadanos, informados por sus gobernantes y en condiciones de participar y representarse ante ellos.

Después del cinco de diciembre, la ciudadanía del Distrito Federal tomará iniciativas y buscará hacer valer en los hechos su triunfo en las urnas, no contra el nuevo gobierno como sueñan quienes imaginan desbordes, sino para crear situaciones y relaciones incluso entre diversas fuerzas sociales que permitan un desplazamiento de las relaciones de la sociedad y la política.

Los términos ideales de ese desplazamiento son dos: ciudadanía y justicia, que son al mismo tiempo los de una sociedad moderna. Sin estos requisitos de fondo, no es posible ninguna nueva legitimidad en el México que surge del desgaste desmantelamiento del antiguo Estado protector de la drástica revolución conservadora del atroz sexenio de Salinas y del sucesivo desastre del Estado del capital financiero”¹⁷

2. 4. La Ciudad de México, una entidad en transición

“La palabra “transición” expresa la idea de “acción y efecto de pasar de un modo de ser o de estar a otro distinto” de acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española. Según el significado que se le da en este punto, implica la idea de que a partir de un régimen no democrático se intenta lograr un sistema democrático. En camino no casual sino deseado y provocado”¹⁸.

¹⁷ Gilly, Adolfo et al, op cit pp 79-81

¹⁸ De Buen, Néstor et al, La Transición Democrática en La Transición Difícil. México, La Jornada Ediciones, 1998, p 31

Una eventual transición a la democracia en México presupone el colapso o la ruptura del régimen político que, aunque en crisis desde hace algunos años, mantiene su vigencia en nuestros días. A las resistencias internas que de forma natural se esfuerzan por defender ese régimen se han sumado fuerzas externas a este que, sin proponérselo explícitamente, contribuyen a la preservación del mismo. Los obstáculos más importantes para una transición a la democracia los han interpuesto paradójicamente, quienes a sí mismos se consideran los principales promotores de ese proceso de cambio. La permanencia del régimen y en cierto momento hasta su aparente recuperación y fortalecimiento, se debe en gran medida a actividades y posiciones de partidos políticos y grupos u organizaciones de ciudadanos que se ubican en la oposición.

Una ciudad Soberana y Democrática

“La reforma política para el Distrito Federal aprobada en 1996, a pesar de algunos avances, conservó aspectos claves del *régimen de excepción* que históricamente ha tenido la entidad, que mantienen a sus habitantes como ciudadanos de segunda clase al no otorgarles los derechos políticos plenos de que goza el resto de los mexicanos. Dejó en pie aspectos sustantivos de dependencia de los poderes ejecutivo y legislativo federales, negando la soberanía plena a la entidad. No significó una reforma suficiente de la estructura de gobierno del Distrito Federal. Conservó, en esencia, la forma centralista y autoritaria de gobernar la capital. No creó espacios suficientes y adecuados de participación democrática directa de los ciudadanos. En definitiva, no abrió las puertas a la democratización real de la ciudad.

Las bases constitucionales de gobierno de la Ciudad de México son el extremo de un régimen autoritario, centralizado, burocrático y que inhibe la participación ciudadana. Desvirtúan los principios constitucionales autonómicos, federalistas y municipalistas que caracterizan teóricamente la forma de gobierno territorial de la República. Imposibilitan la responsabilidad, racionalidad y los servicios públicos, más allá del Distrito Federal, de una de las mayores megalópolis del mundo, cuyo desordenado crecimiento ha quebrantado el equilibrio demográfico, económico, territorial y ambiental del país.

Después de 68 años de haber sido suprimidos los municipios en la Ciudad de México, el principio electivo de un “Jefe de Gobierno del Distrito Federal” se estableció por decreto del 22 de agosto de 1996, con las nuevas bases constitucionales para el gobierno del Distrito Federal. Sin embargo, estas bases, establecidas en el Artículo 122 Constitucional y en su Estatuto de Gobierno, consolidan los vicios ya señalados de centralismo, autoritarismo y burocratismo, limitan severamente la participación ciudadana y la responsabilidad local en la organización gubernamental, y mantienen las lagunas constitucionales y administrativas para el gobierno de la unidad metropolitana¹⁹.

¹⁹ Cárdenas Solórzano Cuauhtémoc, et al, Una Ciudad para Todos. Otra Forma de Gobierno (Plataforma Política), México 1997, pp 35

Se priva de autonomía al gobierno local frente al federal, imponiendo la autoridad superior de los poderes legislativo y ejecutivo federales

El Congreso de la Unión queda facultado para expedir el Estatuto de Gobierno, que sustituye a la que debiera ser la Constitución del Distrito Federal, así como para determinar su endeudamiento público; además se pervierte el principio federalista al facultar al Congreso para legislar en todo aquello que no esté expresamente reservado a la Asamblea legislativa del DF.

El Senado por su parte, queda facultado para cancelar la elección del Jefe de Gobierno, removiéndolo y nombrando a su sustituto.

El Ejecutivo Federal, a su vez, queda facultado para proponer al Senado el nombramiento de jefe de gobierno sustituto, iniciar los proyectos de leyes de competencia federal y reglamentarlas, proponer al Congreso el endeudamiento del gobierno del DF a partir de la propuesta de su Jefe de Gobierno y para ejercer el mando de las fuerzas de seguridad pública.

Se mantiene el autoritarismo del gobierno del Distrito Federal.

Aunque se establece el principio electivo de "los titulares de los órganos político-administrativos de las demarcaciones territoriales", se pospone su entrada en vigor hasta el 1 de enero del año 2000 y se omite el principio electivo para cualquier otro empleo, cargo o comisión en el gobierno del DF

Se establecen los "Consejos de ciudadanos" integrados por elección en cada delegación, como "órganos de representación vecinal y participación ciudadana", pero se diluye el significado del concepto, restringiendo sus facultades resolutorias a "aprobar" los programas operativos delegacionales y hacer propuestas como cualquier otro ciudadano, dejando en el aire la representación y la participación ciudadanas en la organización y supervisión del desempeño del gobierno local.

Se establecen facultades discrecionales del Jefe de Gobierno para "nombrar o remover libremente a los servidores públicos dependientes del órgano ejecutivo local", limitables por legislación, omitiendo garantizar la seguridad en el trabajo y la igualdad de oportunidades en el acceso a la función pública.

Se faculta al Jefe de Gobierno para "determinar" discrecionalmente mediante reglamento, "las atribuciones de las entidades administrativas" y para "constituir órganos administrativos desconcentrados"

Se conserva la centralización del gobierno local.

Se omite la organización municipal como principio territorial del gobierno, que el Artículo 115 Constitucional establece para el resto del territorio nacional.

Se niega el derecho constitucional a cualquier organización política comunitaria de base o intermedia y se deja a la discrecionalidad del Congreso de la Unión en el rubro de la "organización de la administración pública local del Distrito Federal" cuando emita el Estatuto de Gobierno, "establecer órganos político-administrativos en cada una de las demarcaciones territoriales en que se divida" y para "fijar la competencia" de los mismos.

Se establecen las "Delegaciones del Distrito Federal" como "órganos administrativos desconcentrados en cada demarcación territorial, con autonomía funcional", cuyos titulares son nombrados y removidos por el Jefe de Gobierno y ratificados por la Asamblea Legislativa y cuyo número y "límites" se establecen en la Ley Orgánica del Distrito Federal

Se asignan a los "órganos centrales de la administración pública" del DF "las atribuciones de planeación, organización, normatividad, control, evaluación y operación" y se previene que las delegaciones "tendrán facultades en sus respectivas jurisdicciones en las materias de gobierno, administración, asuntos jurídicos y demás que señale la ley", así como "aquellas que mediante acuerdo del Jefe de Gobierno del Distrito Federal se les deleguen, para el cumplimiento de sus funciones"

Se mantienen las lagunas para la planeación urbana y la administración de servicios en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM).

Se aborda la cuestión de la "coordinación metropolitana" entre el gobierno federal, el del DF y los gobiernos locales y municipales de la ZMCM para la "planeación y ejecución de acciones" en materia de "asentamientos humanos; protección al medio ambiente, preservación y restauración del equilibrio ecológico; transporte, agua potable y drenaje; recolección, tratamiento y disposición de desechos sólidos y seguridad pública", pero se elude el grave problema de la ausencia de una fuente de autoridad participativa para la organización y prestación de estos servicios y la planeación integral del desarrollo de la metrópolis.

Las normas legales se limitan a facultar la suscripción de "convenios" y a prever "comisiones" para establecer las "bases" y "reglas" de dichos convenios.

Se consolida el patrón de gobierno autoritario al otorgar facultades exclusivas, discrecionales, al Jefe de Gobierno para "disponer" la participación en las comisiones y suscribir los convenios por sí mismo "o por el servidor público que este designe para tal efecto", sin someterlos a consideración de la Asamblea legislativa, con la sola limitante de las disponibilidades presupuestales aprobadas por ésta.

El nuevo gobierno del Distrito Federal y las fuerzas democráticas en la Asamblea Legislativa y el Congreso Federal, deben procurar la aprobación de una reforma política para la Ciudad de México, que consagre la soberanía de la entidad, otorgue a sus habitantes los derechos políticos plenos para elegir a sus gobernantes, cree

mecanismos suficientes para la integración de la administración de la metrópolis, descentralice y democratice la gestión gubernamental, en una palabra, que abra el camino a una democratización real del Distrito Federal.

Esta reforma política debe contemplar los siguientes elementos:

Crear el Estado de Anáhuac, a partir del territorio del Distrito Federal, previa discusión amplia de su conformación territorial, como parte del pleno derecho del pacto federal, derogando todas aquellas normas legales que restringen los derechos ciudadanos a elegir al gobierno local y municipales y que limitan su soberanía política y su autonomía respecto a los poderes ejecutivo y legislativo federales.

Dotar al nuevo Estado de su propia Constitución y elegir un Congreso que sustituya a la Asamblea legislativa, con plenas facultades como las que otorga la Constitución a los demás estados de la Federación

Municipalizar al nuevo Estado, previa discusión amplia en el congreso local sobre la demarcación territorial de los municipios, los cuales serán gobernados por ayuntamientos electos, en este marco, definir y establecer constitucionalmente a la ciudad de México como la capital del nuevo Estado y como sede de los poderes federales, donde éstos convivirán con un gobierno local y en su caso con ayuntamientos municipales

Promover la incorporación en el Estatuto de Gobierno del DF y, en su momento, de la Constitución local, de las figuras del referéndum, el plebiscito y la iniciativa popular como formas de consulta de los gobernantes a los gobernados y de participación directa y autónoma de estos en la toma de decisiones fundamentales que los involucran.

Legislar en materia electoral local (Ley Electoral Estatal), procurando resolver en esta legislación las limitaciones que presenta actualmente la legislación electoral federal.

Crear el servicio público de carrera para el ingreso, permanencia y promoción en la función pública, por capacidad y concurso de méritos, para profesionalizarlo, asegurando la estabilidad laboral de los funcionarios de niveles medios y bajos, restringiendo las facultades discrecionales del Jefe de Gobierno.

Reformar el poder judicial local, para garantizar su autonomía del poder ejecutivo, erradicar la corrupción y la impunidad, y buscar que se convierta en un instrumento de vigilancia y aplicación del estado de derecho y de defensa de los ciudadanos.

Crear una autoridad metropolitana (Consejo Metropolitano) formada por las autoridades electas de los municipios y estados que integren la zona metropolitana de la Ciudad de México, con funciones relativas a la planeación integral del desarrollo económico, social y territorial y la programación, gestión y control de los recursos naturales, el

medio ambiente, la infraestructura y servicios públicos, con facultades para crear unidades metropolitanas integradas de planeación y gestión.

Mientras esta reforma política integral se promueve, discute y aprueba democráticamente, el gobierno democrático del Distrito Federal ha buscado por todos los medios a su alcance, la utilización de las normas legales vigentes para avanzar hacia estos objetivos y para la transformación práctica de la administración pública mediante la aplicación de los siguientes criterios:

Proponer a la Asamblea legislativa todas aquellas iniciativas de ley o reformas a las existentes que permitan avanzar hacia una administración más simple para los ciudadanos, que mejor responda a la defensa de sus derechos y al cumplimiento de sus obligaciones ciudadanas

Acordar todas aquellas reformas administrativas realizables conforme a la ley, que permitan hacer más transparente y expedita la gestión pública en beneficio de los ciudadanos, abriendo espacios, instancias y formas de diálogo entre la autoridad y la ciudadanía, que coadyuven al desarrollo de una gobernabilidad democrática.

Informar oportuna, veraz y ampliamente a la ciudadanía de todos los actos de gobierno que afecten sus intereses o respondan a ellos, para lograr una comunicación abierta y permanente entre gobernantes y gobernados.

Un gobierno de Todos para Todos

“La escasa, y a veces nula participación ciudadana en la construcción de soluciones a los problemas que aquejan a los habitantes de la Ciudad de México y del país no se debe a una supuesta abulia o desinterés innatos de los mexicanos. Es producto de la forma de hacer política que desvirtuó y se apartó de los principios y compromisos de la Revolución Mexicana, que fue acentuándose a partir de 1940 hasta llegar a los regímenes neoliberales y desarrolló un marco en el que se impusieron las relaciones clientelistas con las organizaciones sociales y los ciudadanos, y las prácticas patrimonialistas y discrecionales, en el manejo de los recursos públicos”²⁰.

Así, los gobiernos designados de la Ciudad de México aparecen más como dispensadores de favores que como responsables de mejorar las condiciones de vida y de garantizar el pleno ejercicio de los derechos de sus habitantes.

En estas condiciones, la transición a la democracia en la ciudad requiere de una ampliación significativa de los espacios de participación directa y autónoma de los ciudadanos y sus organizaciones en la toma de las decisiones que transforme las actuales relaciones corporativas y clientelares y eleve la calidad de vida individual y colectiva en la ciudad.

²⁰ Ibidem p 39

Para lograr la construcción de una ciudad participativa el gobierno democrático de la capital debe:

"Impulsar la más amplia participación ciudadana, desde el barrio, la colonia, la unidad habitacional, hasta el nivel delegacional y en el conjunto de la ciudad. Así se garantizará equidad en la prestación de los servicios (vivienda, agua, drenaje, electricidad, educación, salud, transporte) y en las condiciones materiales, sociales y culturales de vida, terminando con las marginaciones que en este sentido existen. La ciudad debe ser gobernada por todos, sólo así será una ciudad de y para todos.

Promover una interrelación activa del gobierno con la población, con independencia mutua, y apoyar la iniciativa ciudadana de organizarse para enfrentar los problemas de vivienda, regularización de predios, seguridad, condiciones de vida, arregio de unidades habitacionales y servicios.

Garantizar el derecho de manifestación ciudadana abriendo instancias de diálogo que permitan anticipar la solución de los problemas y agilizar las respuestas.

En las relaciones entre la autoridad y los ciudadanos y sus organizaciones, terminar con privilegios y relaciones de carácter corporativo.

Promover que instancias como los comités de manzana, asociaciones de residentes y consejos ciudadanos se relacionen directamente con las demás organizaciones ciudadanas para facilitar la gestión y la solución de los distintos problemas de la ciudad.

Promover el diálogo entre las partes para buscar solución a conflictos generados por el choque de intereses que enfrentan a sectores de la población, como son los de los comerciantes ambulantes con el comercio establecido, ciertos negocios - como restaurantes, bares y concesiones de parquímetros - con los vecinos de las zonas de habitación.

Apoyar a la población en la defensa y rescate de sus tradiciones, cultura y modos de vida, principalmente cuando sean puestos en peligro por despojos arbitrarios y corrupción.

Fortalecer los órganos de participación ciudadana que coadyuven en la elaboración, control y evaluación de los planes y políticas de la ciudad, así como en la gestión del desarrollo urbano.

Articular un sistema democrático para el análisis de los problemas y el establecimiento de prioridades de la acción pública.

Realizar campañas entre los empleados del gobierno para crear conciencia de servicio a la ciudadanía y de respeto y promoción a la participación ciudadana.

Efectuar campañas entre la población para promover la participación ciudadana libre e independiente y para anunciar que las oficinas de los funcionarios están abiertas para atenderlos”²¹.

Gobierno local del Distrito Federal

Es importante señalar dentro de la Reforma del Estado, el que desde 1994 con las modificaciones a los artículos 76, fracción VI; 122 y posteriormente en agosto de 1996 en que por primera vez en 68 años, el Distrito Federal, entidad federativa, tiene por fin gobierno local propio.

Por fin ya tenemos gobernador local electo directamente el 6 de julio de 1997, por ello ya el gobierno local del Distrito Federal no es una dependencia centralizada del Presidente de la República, por lo que la estructura del gobierno local del D.F. debe estudiarse conjuntamente con la de los gobiernos de las 31 entidades federativas, Estados de la Federación.

El Distrito Federal como entidad federativa

Al Distrito Federal se le debe considerar como entidad federativa de acuerdo con los artículos 42, fracción I, 43 y 44 de la Constitución.

“Como entidad federativa, consideramos que tiene población, territorio, orden jurídico y un gobierno, entendiendo por esta expresión el conjunto de órganos que en un momento dado y que dentro de un Estado, ejercen el poder en todos los ámbitos de las relaciones humanas; o como la actividad de estos órganos encaminadas a realizar ciertos fines, ya sea dentro de un Estado, o dentro de las partes integrantes del mismo.

El reconocimiento del Distrito Federal como Entidad Federativa está plasmado ya sin duda alguna en el Título Quinto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 122 y en las reformas al artículo 44 de la propia Constitución y en el artículo 2° del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal que expresamente declara ‘que el Distrito Federal es una entidad federativa con personalidad jurídica y patrimonio propio’”²².

Como toda entidad federativa, el Distrito Federal tiene un orden jurídico propio, es la única que carece de Constitución Política por las razones históricas de que nunca tuvo un Gobierno estrictamente local con participación de la ciudadanía en la elección de sus órganos político-administrativos y porque siempre estuvo sometida política y administrativamente al Presidente de la República, situación que se profundizó y agravó con la reforma del general Obregón al artículo 76, fracción VI en 1928, en que suprimió los municipios del Distrito Federal. Los ciudadanos de esa entidad sufrimos un

²¹ Cárdenas Solórzano, Cuauhtémoc, et al, op cit, pp 39-40

²² Acosta Romero, Miguel, Teoría General del Derecho Administrativo, México, Ed. Porrúa, 1999, p 661

largo congelamiento político durante más de 60 años, del cual todavía no podemos liberarnos.

Al no tener Constitución era aplicable la fracción VI del artículo 73 en su texto vigente hasta octubre de 1993, que en su redacción tenía muchas fallas de técnica legislativa y *que fue reformada con mucha frecuencia en ese lapso, que daba las bases para que el Congreso Federal legislara sobre el Gobierno del Distrito Federal (de agosto de 1928 a octubre de 1993).*

La lucha política de opinión pública y aún académica por avanzar en la democratización de esa entidad federativa ha sido larga, y a partir del 10 de agosto de 1987 que se reformó la fracción VI del artículo 73 para establecer por primera vez un órgano de representación ciudadana de elección popular directa, la Asamblea de representantes del Distrito Federal, se ha dado un movimiento que si bien es gradualista, creo que es irreversible en favor de reconocer los derechos políticos de los ciudadanos del Distrito Federal. La asamblea que nació como un órgano proteico, pues sus facultades eran fundamentalmente reglamentarias y de gestión ciudadana, se ha transformado a partir de 1993 en un verdadero cuerpo legislativo. Aunque la Constitución y las leyes y quienes detentan el poder no permitan que se le llame Congreso Local, la tendencia futura es que sea designado como Congreso Local del D. F.

La evolución hacia la democratización del Distrito Federal terminó con la derogación de la fracción VI del artículo 73 de la Constitución, según decreto publicado en el Diario Oficial, el 22 de agosto de 1996; y las facultades legislativas del Congreso de la Unión sobre algunas leyes que se aplicarán en el Distrito Federal, pasaron a la redacción actual del artículo 122.

Necesidad de que el Distrito Federal tenga una Constitución local propia.

"Al margen de que se transforme o no en Estado de la Federación, continúe como Distrito Federal o cambie su estructura, es urgente que el Distrito Federal tenga una Constitución local propia aprobada por su ciudadanía y no impuesta por los órganos del poder. Se ha avanzado con la derogación del antiguo texto de la fracción VI del artículo 73 y la redacción del nuevo artículo 122 y cambió de nombre el Título Quinto de la Constitución que ahora se denomina "De los Estados de la Federación y del Distrito Federal". Y lo que puede considerarse las bases constitucionales del Distrito Federal"²³.

El proceso de reforma política y administrativa del Distrito Federal ha sido gradual, lento e insuficiente, tan es así que el artículo 122 constitucional ha sido reformado varias veces a partir de 1992, en 1993 *Diario Oficial de la Federación*, del 20 de octubre de 1993, en 1994 *Diario Oficial de la Federación* del 1º de julio y 26 de julio y la última en 1996 *Diario Oficial de la Federación* del 21 de agosto.

²³ Ibidem, pp 663-664

Personalidad Jurídica del Distrito Federal

"Durante mucho tiempo la personalidad jurídica del Distrito Federal fue objeto de polémica, el autor de esta obra sostuvo siempre desde 1973, que al ser una entidad federativa el Distrito Federal tenía personalidad jurídica, no obstante ello durante muchos años se presentaron opiniones encontradas.

Se ha suscitado la duda, de si, el Distrito Federal, tiene o no, personalidad jurídica, y hasta ahora no hay unidad en la doctrina, en la legislación y en la práctica administrativa y judicial sobre ese particular.

Si se trata de una entidad federativa, el Distrito Federal, como tal, tiene personalidad jurídica propia, ya que tiene territorio, población, poderes que ejercen su gobierno, y un orden jurídico que regula a este. En este orden de ideas, podría decirse que confirma este criterio, el que el Distrito Federal tenga régimen patrimonial, presupuestario y financiero, también independientemente de la Federación"²⁴.

La Administración Pública del Distrito Federal, como ya lo indicamos, se realizaba por medio de un Departamento de Estado centralizado, bajo la dependencia directa del Presidente de la República hasta octubre de 1993.

En enero de 1929 se creó bajo el nombre de Departamento Central del Distrito Federal

Con esta denominación continuó hasta el 3 de enero de 1945, en que se cambió por Gobierno del Distrito Federal. En 1974, recobró su denominación de Departamento del Distrito Federal

En los términos de la *Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal (LOAPDF)*, el Presidente de la República tenía a su cargo la Administración Pública, o Poder Ejecutivo del Distrito Federal y lo ejerció por conducto del Jefe de Departamento del Distrito Federal hasta la fecha mencionada, ahora es el Jefe del Distrito Federal hasta el 4 de diciembre de 1997

El Jefe de Gobierno del Distrito Federal como titular de la Administración Pública del Distrito Federal

Es un funcionario político-administrativo nombrado y removido por el Presidente de la República hasta noviembre de 1997, de acuerdo con esto último; tiene a su cargo y encabeza la administración pública de la entidad federativa Distrito Federal, en todos los ramos de la actividad administrativa, informa anualmente al Congreso de la Unión, refrenda los actos del Presidente de la República relativos al Distrito Federal; puede ser llamado a informar por cualquiera de las cámaras del Congreso, cuando se trate algún asunto de su administración, o sea relativo a la misma, y comparece ante la *Asamblea Legislativa del Distrito Federal*.

²⁴ Acosta Romero, Miguel, op cit, p 672

Una cuestión constitucional importante derivada del hecho de que el gobierno local del Distrito Federal no está considerado dentro de los funcionarios que prevé el artículo 29 de la Constitución que deben acordar la suspensión de garantías; pues ese artículo no ha sido reformado y todavía habla de departamentos administrativos. Dada la importancia política y administrativa del Jefe del Distrito Federal, debía reformarse el artículo 29 para incorporarlo en el contexto del acuerdo de suspensión de garantías.

El Jefe de Gobierno del Distrito Federal es el titular de la Administración Pública del Distrito Federal conforme al artículo cuarto, del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal.

Conceptuación técnica y teórica del Jefe de Gobierno del Distrito Federal y nomenclatura

"Existe en la doctrina y en la realidad, lo que se considera, una gran anarquía, en cuanto a conceptuar lo que la Constitución llamaba (artículo 73, fracción VI, base primera, "órgano u órganos que determine la ley respectiva" para ejercer el gobierno del Distrito Federal), derogada en 1995. Al hablar de "Gobierno" la Constitución, en la fracción y base comentada, debe entenderse que se refiere, al Poder Ejecutivo del Distrito Federal, pues la propia Constitución determinaba que el Poder Legislativo por una parte lo constituye el Congreso de la Unión cuando legisla para esa entidad, y por la otra parte la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, que son órganos electos por voto popular directo, de donde se confirma que la expresión comentada en la Constitución, no se refiere ni al Poder Legislativo ni al Poder Judicial"²⁵.

Así, en un tiempo, las leyes han hablado de regente, gobernador, primera autoridad administrativa y presidente municipal. Evidentemente, estas denominaciones no corresponden con exactitud, a funciones y actividades que se llevan a cabo por dicho titular.

En efecto, haciendo el análisis correspondiente, hemos concluido que el Distrito Federal es una entidad federativa, porque así lo dispone la Constitución y, de acuerdo con esto, forma parte del género próximo de entidades federativas, pero tiene una diferencia específica, consistiendo esta, que en el Distrito Federal tienen su sede o asiento los poderes federales y que lógicamente conviven con autoridades locales, que como ya lo hemos expresado, durante mucho tiempo, fueron los ayuntamientos (hasta 1928).

Otra diferencia específica es que el Distrito Federal no está dividido política y administrativamente en municipios y otra más es que no tiene constitución local propia ni se le aplican los artículos 116-118 de la Constitución Federal.

²⁵ Ibidem, pp 674-675

Evidentemente el Distrito Federal, no es ni un municipio, ni tampoco existen municipios en esta entidad federativa (desde 1928), a partir de donde una primera premisa sería, que obviamente, la autoridad a que nos venimos refiriendo, no es presidente municipal

Por lo que hace a la palabra regente, este es una figura que fue muy manejada en los regímenes monárquicos absolutistas. Se hacía referencia al regente, como la persona que se encargaba de la administración del reino, durante la etapa en que un monarca menor de edad, llegaba a la mayoría de edad.

Es claro que en nuestro país, no existe un régimen monárquico y que no se trata de ejercer transitoriamente el Poder Administrativo en el Distrito Federal, ni esta entidad es objeto de tutela, puesto que su gobierno (Poder Ejecutivo), es una fracción permanente encomendada por la Constitución originariamente al Presidente de la República y delegada constitucional y legalmente, en el Jefe de Gobierno del Distrito Federal. En consecuencia, no parece que la palabra regente sea apropiada en este caso, lo que hace evidentemente que esa denominación no sea aceptable.

A partir de la reforma de 1996 al artículo 122 y las diversas reformas al Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, el nombre que la Constitución le da al titular del Poder Ejecutivo de esta entidad es Jefe de Gobierno del Distrito Federal.

El Departamento del Distrito Federal teórica y técnicamente, no constituía un Departamento Administrativo puesto que estas dependencias por naturaleza misma, tenían a su cargo un sólo ramo de la Administración Pública, el Departamento del Distrito Federal es el Ejecutivo que encabeza la Administración Pública Central y Paraestatal de la Entidad Federativa "Distrito Federal". En consecuencia, no corresponde el nombre de Jefe del Departamento del Distrito Federal, porque no era un verdadero Departamento Administrativo.

Aún cuando la cuestión de nomenclatura pudiera no ser considerada como de fondo, es conveniente establecerla con la mayor precisión posible, el Distrito Federal es una entidad federativa en la que se dan los tres poderes, y uno de ellos es el Ejecutivo, está encomendado al Presidente de la República y a la persona u órganos que la ley señala. Por analogía y mayoría de razón el Jefe de Gobierno del Distrito Federal, tiene el carácter de un gobernador de la entidad, esta afirmación está fundada en el capítulo referente a los Estados de la Federación, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el cual se habla de un gobernador de dichas entidades federativas, en los artículos 116, fracción I y 120

La tradición político-administrativa de nuestro país siempre ha señalado al Poder Ejecutivo de las entidades federativas, con el nombre de gobernador.

Es válida la propuesta de que el Jefe de Gobierno del Distrito Federal sea denominado Gobernador del Distrito Federal, puesto que técnicamente ese debe ser su nombre.

El artículo 1º de la Ley Orgánica del Distrito Federal, de 1970, enumeraba los diferentes nombres que recibe el Jefe de Departamento del Distrito Federal y son: gobernador, primera autoridad administrativa, presidente municipal o regente del Distrito Federal. La ley vigente omitió esa enumeración.

El hecho de que el Distrito Federal sea una entidad federativa, implica que el gobierno local esté integrado por los tres poderes.

Las reformas graduales a la Constitución y a las leyes han ido modificando la estructura política-administrativa de la entidad, de tal manera, que ahora comparten esa responsabilidad los poderes federales y los órganos locales de gobierno del Distrito Federal.

La reforma más profunda entre el régimen anterior a octubre de 1993 y el nuevo régimen, está en el capítulo relativo al Jefe de Gobierno del Distrito Federal, Título IV, Capítulo II, sección 1, 2 y 3, artículos del 52 al 75 del estatuto. Y en el Título Quinto "De las bases para la organización de la Administración Pública del Distrito Federal y la distribución de atribuciones entre órganos", capítulo I "De la organización de la Administración Pública", artículos 86 al 103; capítulo II "De las delegaciones", artículo 104 al 114, capítulo III "De las bases para la distribución de atribuciones entre órganos centrales y desconcentrados de la Administración Pública del Distrito Federal".

Los consejos ciudadanos y los procesos de participación ciudadana son muy importantes en los asuntos del gobierno local del Distrito Federal.

CAPITULO III.- LA REORGANIZACIÓN DE LA VERIFICACIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL

3. 1. Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal
3. 2 Decreto por el que se adiciona un artículo transitorio al Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal
 3. 2. 1 El inicio de la Reorganización de la Actividad Verificadora. Acuerdo 1/98
 3. 2. 2 La otra vertiente La Regularización de Establecimientos: Acuerdo 2/98
- 3 3. Reformas a la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal
3. 4. Reformas a la Ley de Salud para el Distrito Federal
3. 5 Reforma al Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal

3. 1. Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal

La sociedad capitalina de fines del siglo se caracteriza por ser una sociedad más informada y participativa, lo que significa que es una sociedad más exigente con el gobierno, es una sociedad que demanda cotidianamente que las relaciones de la Administración Pública y el gobierno, se guíen por principios que garanticen transparencia, simplificación y honestidad.

En el contexto de una economía compleja y globalizada, se requiere de un marco regulatorio que permita aprovechar las ventajas competitivas del Distrito Federal. La nueva normatividad deberá sustentarse en una regulación que coadyuve al incremento de la competitividad de los sectores productivos, sobre todo de las micro, pequeñas y medianas empresas.

Los sectores productivos de la ciudad de México plantean la necesidad de una regulación que mediante nuevos principios, permita incentivar la inversión en los diferentes sectores de la economía, a efecto de reducir los costos de los trámites empresariales, facilitando la apertura de nuevos establecimientos, así como el mantenimiento de los existentes

Acorde al Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y el Programa para el Desarrollo del Distrito Federal para el mismo periodo, el Gobierno de la Ciudad en el marco del Programa de Desregulación y Simplificación Administrativa inició una serie de acciones encaminadas a la revisión y actualización de los actos y procedimientos administrativos, como una de las premisas fundamentales para la modernización de la Administración Pública Local.

Con la aprobación de la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal, se establecieron las bases jurídicas para la expedición del Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal a partir de nuevos principios, tales como buena fe y el autocontrol de los particulares.

Mediante un nuevo enfoque normativo, el reglamento de referencia establece una regulación acorde a los objetivos y requerimientos de políticas públicas encaminadas a la modernización de la visita de verificación que es competencia de la Administración Pública del Distrito Federal.

El Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal, es un ordenamiento normativo que tiene por objeto regular y sistematizar los actos y procedimientos de las autoridades del Distrito Federal en el ejercicio de sus facultades de verificación, mediante disposiciones que garanticen que la actuación de la Administración Pública en esta materia se conducirá con legalidad, agilidad, imparcialidad, honestidad y profesionalismo, de tal manera que se logre brindar certidumbre jurídica a los particulares

Objetivo General

Regular y sistematizar los actos y procedimientos de las autoridades del Distrito Federal en el ejercicio de sus facultades de verificación, mediante disposiciones que garanticen que la actualización de la Administración Pública en esta materia se conducirá con legalidad, agilidad, imparcialidad, honestidad y profesionalismo de tal manera que se logre brindar certidumbre jurídica a los particulares.

Objetivos específicos

Regular un Sistema Empresarial por medio de una visita integral a los establecimientos industriales, comerciales y de servicios asentados en el Distrito Federal, reduciendo los costos de operación de los sectores productivos, sobre todo de las micro, pequeñas y medianas empresas.

Darle un trato más justo y equitativo a las actividades productivas de la Ciudad, por medio de la sección aleatoria de los establecimientos que serán objeto de verificación, en caso de actividades que no se consideren como altamente riesgosas.

Establecer una verificación confiable, transparente, honesta y profesional, que establezca una nueva relación entre los gobernados y la Administración Pública del Distrito Federal.

Ámbito de Aplicación

Se aplica a todas las dependencias de la Administración Pública Central y órganos desconcentrados del Distrito Federal, con excepción de algunas materias.

En el caso de la Administración Pública Paraestatal, sólo se aplicará a los actos de autoridad emitidos por los organismos descentralizados, siempre y cuando dichos actos afecten la esfera jurídica de los particulares.

Al respecto, es importante señalar que los actos de autoridad son aquellos que realizan las autoridades en forma unilateral, externa concreta y ejecutiva, en uso de sus facultades normativas para crear, transmitir, modificar o extinguir los derechos y obligaciones de los particulares

Aplicación Obligatoria

- Protección Civil
- Preservación del Medio Ambiente y Protección Ecológica
- Protección de Animales
- Salud
- Deporte

- Discapacitados
- Agua y Drenaje
- Establecimientos Públicos
- Construcciones y Edificaciones
- Anuncios
- Desarrollo Urbano y Uso del Suelo
- Mercados
- Rastros y Abasto
- Cementerios y Servicios Funerarios
- Espectáculos Públicos
- Turismo y Servicios de Alojamiento
- Protección de no Fumadores

Principios jurídico-administrativos contenidos en el reglamento de referencia:

- 1) Principio de Unidad: Establece las formalidades de toda visita de verificación
Prevé un Sistema de Verificación Empresarial
- 2) Principio de Funcionalidad: Regula de manera integral la verificación administrativa, ya que esta nueva normatividad establece las formalidades de la actuación administrativa en esta materia, desde la emisión de la orden de visita, hasta la calificación del acta respectiva
- 3) Principio de Coordinación: Al contemplar un Sistema de Verificación Empresarial, establece las bases para coordinar las acciones de las unidades administrativas de las delegaciones en materia de verificación, y a la postre sentar precedentes para una futura coordinación con áreas centrales.
- 4) Principio de Profesionalización: Dentro del Servicio Civil de Carrera de la Administración Pública del Distrito Federal, establecerá un sistema de ingreso, formación capacitación y remuneración de los servicios públicos que se desempeñan como verificadores.
- 5) Principio de Simplificación: El Reglamento regula un procedimiento simplificado, al sistematizar y unificar la verificación administrativa, con el objetivo de

reducir las molestias a la actividad productiva.

- 6) Principio de Agilidad: Acorde a los principios de la Ley de Procedimientos Administrativos del Distrito Federal, se establecen términos cortos e improrrogables para la actuación de la autoridad administrativa en el ejercicio de las facultades de verificación.
- 7) Principio de Precisión: Se regulan los requisitos y formalidades que deberán observarse en la substanciación de los actos y procedimientos de verificación. Incluso se establecen los derechos y obligaciones del visitado.
- 8) Principio de Legalidad. La actuación de la autoridad en materia de verificación se ajustará a las formalidades esenciales de todo procedimiento, contempladas en los artículos 14 y 16 Constitucionales, y en los artículos 97 al 105 de la Ley de Procedimientos Administrativo del Distrito Federal.
- 9) Principio de Transparencia: Contempla normas jurídicas que tienen por objeto regular los actos y procedimientos derivados de las facultades públicas de verificación, para que resulte claro a los particulares. Se precisan las reglas a las cuales se sujetará el procedimiento de las visitas.
- 10) Principio de Imparcialidad: Las funciones de verificación deberán ejercerse al margen de influencias afectivas o intereses personales que puedan propiciar una aplicación selectiva de la norma jurídica.

3. 2. Decreto por el que se adiciona un artículo transitorio al Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal

Con el presente texto se pretende exponer en forma breve el espíritu del Decreto en cita.

El Gobierno del Distrito Federal se ha comprometido a satisfacer la demanda de sus habitantes de emprender profundas acciones de reorganización, simplificación y desregulación administrativa, sobre disposiciones que, normando las actividades

mercantiles, de servicios y de industrias, ocasionan gastos innecesarios y aplicación incierta de las mismas.

En dichas acciones administrativas es de especial importancia proceder a la reorganización de la actividad verificadora, diseñando un programa transitorio que aproveche el efecto suspensivo de esta medida para efectuar una profunda reforma de los sistemas y operación de la facultad verificadora.

Con esta reorganización debe preverse el cómo debe ejercerse dicha facultad verificadora en el periodo que dure dicha reestructuración, por lo que, es importante contemplar de manera excepcional la expedición de un acuerdo que establezca las bases para la reorganización de dicha actividad.

Al tiempo que se propicie la reorganización de la actividad verificadora debe incentivarse la regularización de la micro y pequeña empresa a fin de lograr un mejor cumplimiento de la Ley y que en ambas acciones se debe establecer una adecuada correlación.

La coordinación de dichos acuerdos implica que los mismos se elaboren con los criterios de riesgo e impacto social que merezca su respectiva materia.

La sede de una medida transitoria como la presente, es precisamente en los artículos transitorios del ordenamiento que se trate, para facilitar el conocimiento de las normas por parte de los gobernados y los especialistas, y protegerlo de la dispersión y falta de conexión normativa que tanto daño hacen al Derecho por atentar a su conocimiento; por ello, es conveniente que en un artículo transitorio del Reglamento de Verificación se le den lineamientos relativos a las acciones administrativas a que nos hemos referido.

3. 2. 1. El inicio de la Reorganización de la Actividad Verificadora: Acuerdo 1/98

Acuerdo número 1/98 que Establece las Bases para la Reorganización de la Actividad Verificadora, conforme lo establecido en el Artículo Décimo Primero Transitorio del Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal.

El Gobierno del Distrito Federal asume como compromiso promover una nueva relación entre gobernados y gobernantes basada en la legalidad y en los principios de respeto, confianza y buena fe.

Esta nueva relación requiere por parte de los ciudadanos la conciencia y la determinación de cumplir con los ordenamientos legales, y por parte de la autoridad, una consecuente actitud de confianza que necesariamente implica la revisión del

marco regulatorio y de los sistemas de atención a la ciudadanía, para fortalecer el Estado de Derecho.

La excesiva regulación y complicación burocrática son obstáculos para el debido y oportuno cumplimiento de las obligaciones de los particulares y para la eficaz y confiable labor gubernamental, por lo que es imprescindible adoptar medidas concretas en materia de desregulación y simplificación administrativa, contribuyendo así al acatamiento normativo y a una mejor atención a la ciudadanía, y promoviendo con ello, a la vez, la inversión privada y la actividad económica en el Distrito Federal.

La labor de verificación administrativa que realiza la autoridad tiene como misión fundamental, preservar los objetivos de interés público y garantizar las condiciones de seguridad que requiere la vida colectiva y la realización de las actividades productivas de los particulares.

En la medida en que dicha labor de verificación se aparte o pueda apartarse de los principios de legalidad, honestidad, transparencia y profesionalismo y los demás señalados por la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal, la autoridad administrativa deberá corregir dichas desviaciones, a través de políticas públicas e instrumentación de programas que conduzcan al cumplimiento de estos principios en la acción administrativa;

Es obligación de los particulares ejercer sus actividades de acuerdo a la normatividad existente.

Se presentan circunstancias que han impedido una regularización administrativa eficaz, que permiten e inclusive incentivan la subsistencia de ciertos patrones de conducta no conformes con el marco legal existente.

Es compromiso de esta administración iniciar acciones de corrección necesarias de las políticas públicas vigentes y que para ello es necesario otorgar a los ciudadanos un voto de confianza, con el fin de que se ajusten a los ordenamientos legales que rigen las actividades privadas.

Para instrumentar y proveer en lo administrativo al mejor cumplimiento de las facultades de verificación, es conveniente promover la consulta a la ciudadanía para la revisión permanente de la normatividad, los procedimientos administrativos y los esquemas disciplinarios aplicables a los servidores públicos.

El artículo Décimo Primero Transitorio del Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal establece la necesidad de emprender un programa coordinador de reorganización administrativa de la actividad verificadora y de regularización administrativa dirigidas a las micro y pequeñas empresas.

Conforme a lo anterior, esta disposición transitoria del Reglamento de Verificación Administrativa ha previsto una reorganización de la actividad mencionada, que conlleva un efecto suspensivo en relación a las visitas ordinarias de verificación, señalando que a través de un acuerdo, que para este efecto se emite, se precisarán las características, actividades y alcance de dicha suspensión.

Dado que se ha establecido un período en el que los particulares tengan también a su disposición facilidades administrativas y apoyos fiscales, a fin de enlazar la reorganización de las facultades de los verificadores con la regularización y autorregulación a iniciativa de los particulares, que además se enriquecerá con una consulta ciudadana a fin de que se obtengan propuestas para mejorar el ejercicio de la verificación administrativa en condiciones de modernidad que impiden el desarrollo de desviaciones e ineficiencias que causan malestar y añaden costos a la actividad productiva, proceso que concluirá con ajustes normativos y administrativos que den vida a los principios que se persiguen en esta actividad verificadora.

Dado que con la reorganización prevista en el Reglamento de Verificación y en este acuerdo, se producen efectos suspensivos respecto al ejercicio de la facultad de ordenar las visitas de verificación ordinaria y de que es necesario, de conformidad al principio administrativo de adecuación a lo concreto, orientar la acción administrativa a diferentes supuestos para que la reorganización se conduzca de una manera ordenada, para proveer en lo administrativo a la mejor aplicación de la ley, es necesario distinguir actividades para efectuar la reorganización con efectos suspensivos donde sea conveniente y no donde no lo sea.

Dicha suspensión no puede darse en relación a todas las actividades, toda vez que la normatividad del Distrito Federal se rige bajo principios de "riesgo" e "impacto social", que por un lado han permitido que la administración sea más justa y eficaz al establecer mayores controles y más vigilancia para aquellas actividades consideradas como de alto riesgo, en tal virtud, no sería justificado soslayar los riesgos e impactos de salud, ecológicos, sociales o de seguridad pública que implican estas actividades, motivo por el cual, en cuanto a éstas, no se suspenderán las verificaciones.

Por ello y para que no queden desprotegidos los intereses de la población, se mantiene además el ejercicio de las visitas extraordinarias de verificación que prevé el artículo 6 del Reglamento citado y aquellas visitas ordinarias relativas al medio ambiente y las que se consideren a este efecto de mayor riesgo e impacto social

En relación a que este acuerdo deja "a salvo", la verificación en materia de salud, ésta se ha tenido que suspender debido al defectuoso y complicado proceso de descentralización administrativa, que operó en 1997, al crear una "laguna de la Ley", en tanto que le son conferidas por ministerio de ley las facultades de verificación sanitaria a un órgano desconcentrado (en aquel entonces Instituto de Servicios de Salud hoy Secretaría de Salud del Distrito Federal), adscribiendo orgánica, estructural y jerárquicamente a la Dirección de Regulación Sanitaria al Organismo Descentralizado: Servicios de Salud Pública.

No es difícil comprender que dicha actividad se suspendió pues de haberse ejercido la verificación sanitaria bajo estas condiciones se hubiera incurrido en múltiples actos contrarios a derecho que van desde la conculcación de garantías hasta responsabilidad administrativa de los servidores públicos en exceso de funciones, pues de inicio no existía autoridad competente, ya que la estructura operativa está en una entidad administrativa distinta.

3. 2. 2. La otra vertiente; La regularización de establecimientos: Acuerdo 2/98

Acuerdo número 2/98 que determina otorgar facilidades administrativas y exenciones fiscales para la regularización de establecimientos mercantiles y de servicios e industrias micro y pequeñas

El Gobierno del Distrito Federal, asume como compromiso ante sus habitantes el establecimiento de medidas inmediatas y específicas para simplificar las disposiciones de carácter administrativo que norman sus actividades mercantiles, de servicios e industriales, que les ocasionan gastos innecesarios y propician la aplicación discrecional, de las mismas por parte de algunas autoridades.

También es compromiso del Gobierno del Distrito Federal, eliminar disposiciones oficiales complicadas y costosas, instituyendo para ello medidas orientadas a beneficiar y apoyar a todos sus habitantes, con especial énfasis a los de menores ingresos y limitadas posibilidades de financiamiento y asesoramiento.

El Gobierno del Distrito Federal al depositar su confianza en los ciudadanos y responder a sus legítimas necesidades, reconoce aquellas áreas de la relación ciudadano-autoridad donde se pueda contribuir con medidas específicas para facilitar el cumplimiento de las obligaciones, por parte de la población y la respuesta de las autoridades en la prestación eficaz de los servicios públicos.

En este contexto y dado que la normatividad que rige en el Distrito Federal se sustenta en principios de "riesgo" e "impacto social", es posible establecer políticas públicas más justas y equitativas, toda vez que a mayor riesgo, el control será mayor y la vigilancia más estricta, concentrando así la actividad de la Administración Pública sobre las actividades que puedan causar a la sociedad mayores daños sociales, de salud, ecológicos y de seguridad pública.

Por lo anterior, la regularización de las pequeñas empresas en el Distrito Federal, debe estar regido también por estos principios de riesgo e impacto social, por ello, las facilidades administrativas se orientarán a promover los beneficios hacia las actividades de menor riesgo e impacto social, que no generan peligro o desazón en la

comunidad y que además su funcionamiento genera fuentes de empleo valiosas para los habitantes del Distrito Federal.

De esta manera se conserva una adecuada vigilancia administrativa y el cuidado consiguiente, respecto a las industrias y establecimientos que se dediquen a actividades de mayor riesgo y, de conformidad con el principio administrativo de adecuación a lo concreto, se instrumenta un programa de facilidades para aquellas empresas que se conceptúan de menor riesgo social, y con ello se cumple que la norma jurídica se oriente a la protección de los intereses de la población protegiéndola cualitativamente de riesgos substanciales.

Existen circunstancias que han impedido una regularización administrativa adecuada, permitiendo e inclusive incentivando conductas que caen fuera del marco legal vigente.

El Artículo Décimo Primero Transitorio del Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal establece la necesidad de emprender un programa coordinador de reorganización administrativa de la actividad verificadora y de regularización administrativa dirigido a las micro y pequeñas empresas.

El funcionamiento de empresas que cumplan cabalmente con las disposiciones regulatorias de sus actividades en el Distrito Federal, constituye un aspecto primordial para el Gobierno de la ciudad y su estrategia de desarrollo económico, ya que ello fomenta inversión productiva, empleo digno y estable para sus habitantes y mayor justicia social, contribuyendo a la vez con la oferta de bienes y servicios demandados por sus pobladores.

Durante el período transitorio en que se reorganizará la actividad verificadora y se otorguen facilidades administrativa, se realizarán paralelamente consultas ciudadanas con la participación de los habitantes del Distrito Federal interesados en las actividades económicas correspondientes, así como con las organizaciones representativas del sector empresarial con el fin de instaurar un sistema normativo simple, y de fácil aplicación.

Con base en las consideraciones precedentes y con el propósito de instrumentar medidas destinadas a crear un marco de justicia, legalidad, certeza y seguridad jurídica al regularizar de acuerdo con las normas legales el funcionamiento de las actividades mercantiles, industriales y de prestación de servicios de quienes no cumplen ahora los requisitos normativos vigentes con el fin de que los propietarios de micro y pequeñas empresas regularicen sus negocios, el gobierno del Distrito Federal determinó ampliar la prórroga administrativa cuatro meses más, por lo que a partir de mayo empezarán las sanciones y clausuras para quienes no cumplan con las disposiciones legales.

Mientras se cumple el plazo para la aplicación de dichas sanciones, el cual ya no tendrá un aplazamiento más, según la propia administración citadina, los 300 verificadores se desempeñarán como asesores empresariales para proporcionar

información sobre la apertura, expansión o puesta a prueba de los establecimientos mercantiles.

El Programa General de Desarrollo del Gobierno del Distrito Federal 1998-2000, establece el impulso al mejoramiento sustancial en la atención al público, tanto en la respuesta ágil a los trámites, como en las reglas claras para su solicitud, partiendo de una actuación administrativa apegada a la normatividad vigente, con el objeto de que los procesos sean transparentes, expeditos y sencillos.

El 28 de enero de 1998, se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el acuerdo que determina otorgar facilidades administrativas y exenciones fiscales para la regularización de establecimientos mercantiles y de servicios e industrias micro y pequeñas.

Derivado de la consulta ciudadana a que se refiere el acuerdo citado en el párrafo que antecede y de las propuestas de las diversas cámaras empresariales, se ha considerado la conveniencia de prorrogar la fecha de conclusión del plazo previsto en el artículo primero transitorio del mencionado Acuerdo.

3. 3. Reformas a la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal

En trabajo de comisión, diputados locales de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal acordaron la abrogación de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal de 1994 y aprobaron el dictamen con proyecto de decreto de la nueva ley en la materia, posteriormente fue publicada la reforma en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 29 de diciembre de 1998.

Con ello, se aprueba la creación de la Secretaría de Salud y se establece la nueva ordenación de la Secretaría de Desarrollo Social, hay que recordar que antes de esta reforma la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social concentraba las atribuciones de las tres materias.

Con la reforma la nueva Secretaría de Salud adquiere las siguientes atribuciones que se enuncian en el artículo 29 de la referida Ley Orgánica y que a continuación se transcribe:

“Artículo 29.- A la Secretaría de Salud corresponde el despacho de las materias relativas a la formulación, ejecución, operación y evaluación de las políticas de salud del Distrito Federal.

Específicamente cuenta con las siguientes atribuciones:

- I. Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de la Ley General de Salud, la Ley de Salud para el Distrito Federal y demás disposiciones aplicables;

- II. Coordinar la participación de todas las instituciones de los sectores público, social y privado en la ejecución de las políticas de salud del Distrito Federal;
- III. Planear, organizar, dirigir, operar, controlar y evaluar el Sistema de Salud del Distrito Federal;
- IV. Formular los proyectos de convenios de coordinación y concertación, a que se refiere el artículo 19 de esta Ley, que en materia de salud suscriba el Jefe de Gobierno;
- V. Apoyar los programas y servicios de salud de las Dependencias, Órganos Desconcentrados y entidades de la Administración Pública Federal, en los términos de la legislación aplicable y de las bases de coordinación que se celebren;
- VI. Coordinar, supervisar y evaluar los programas y acciones que en materia de salud realicen las Delegaciones del Distrito Federal;
- VII. Coordinar y desarrollar, conjuntamente con los estados colindantes al Distrito Federal, el Sistema Metropolitano de Atención a la Salud;
- VIII. Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco del Sistema Metropolitano de Atención a la Salud y del Sistema de Salud del Distrito Federal conforme a los principios y objetivos del Programa General de Desarrollo del Distrito Federal;
- IX. Planear, dirigir, controlar, operar y evaluar los servicios de atención médica y salud pública;
- X. Planear, dirigir, controlar y evaluar los servicios de medicina legal, de salud en apoyo a la procuración de justicia y atención médica a la población interna en reclusorios y centros de readaptación social;
- XI. Planear, dirigir, controlar, operar y evaluar las instituciones de prestación de servicios de salud a población abierta;
- XII. Organizar y ejecutar las acciones de regulación y control sanitario en materia de salubridad local;
- XIII. Organizar, operar y supervisar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refiere la Ley de Salud para el Distrito Federal;
- XIV. Planear, operar, controlar y evaluar el Sistema de Información de Salud del Distrito Federal;

- XV. Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar los prestadores de servicios de salud en el Distrito Federal de los sectores público, social y privado;
- XVI. Elaborar, coordinar y evaluar programas de enseñanza e investigación y promover el intercambio con otras instituciones;
- XVII. Organizar congresos en materia de salud, sanidad y asistencia social;
- XVIII. Estudiar, adoptar y poner en vigor las medidas necesarias para combatir las enfermedades transmisibles y las adicciones, así como la prevención de accidentes;
- XIX. Desarrollar actividades tendientes al mejoramiento y especialización de los servicios, y
- XX. Las demás que le atribuyan expresamente las leyes y reglamentos.”

Con esta reforma se da un importante paso en la urgente integración de un marco jurídico en materia de salubridad local para esta ciudad, pero aún es insuficiente

3. 4. Reformas a la Ley de Salud para el Distrito Federal

El 29 de octubre de 1998, el Diputado Francisco Javier Serna Alvarado, presentó ante el Pleno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, I Legislatura, la Iniciativa de reformas, adiciones y derogaciones de la Ley de Salud para el Distrito Federal.

El Distrito Federal es el centro político, económico, cultural y científico de la República Mexicana. cuyo proceso de urbanización acelerado en las cuatro últimas décadas, ha provocado una demanda creciente de servicios públicos y una serie de problemas relacionados con el hacinamiento y la pobreza, además que enfrenta una migración constante de otros habitantes del país, y cuyo costo económico y político representa un reto histórico para un Gobierno democrático, responsable y eficiente. Esto sin considerar las demandas emergentes de la población flotante que trabaja en esta Metrópoli.

Estos factores han condicionado un rápido crecimiento demográfico, que se refleja en la existencia de aproximadamente 12 mil habitantes por cada kilómetro cuadrado, que su atmósfera esté saturada de partículas nocivas para la salud y que tenga un trazo urbano desordenado, entre otros problemas propios de las ciudades grandes.

Por esta situación, la oferta de servicios básicos no ha logrado satisfacer al 100% de los habitantes, así, la provisión de luz, agua, drenaje, abasto de alimentos, etc., no alcanza a cubrir las necesidades de la población, en particular la de más bajos

recursos económicos que se ubica en zonas marginales. Además, el escaso control sanitario que se aplica en el manejo de desperdicios, desechos sólidos y líquidos, y la escasa o nula verificación de la calidad sanitaria de los alimentos, bienes y servicios, generan mayores condiciones de riesgo para la salud de los habitantes de la Ciudad de México en comparación a otras ciudades.

El desempleo y el subempleo en el Distrito Federal, que se han acrecentado en los años recientes por el manejo inadecuado de la macroeconomía a nivel nacional, son también causa estructural de problemas de salud relacionados con alteraciones mentales, violencias, adicciones, homicidios y lesiones.

Las modificaciones demográficas observadas en los últimos años también han tenido efecto en el proceso de salud-enfermedad. Por ejemplo, el porcentaje de población en edad avanzada se ha incrementado significativamente, lo que favorece la aparición de enfermedades crónico degenerativas y diversas secuelas que los discapacitan de manera permanente, lo que repercute en una mayor demanda de atención médica y en consecuencia eleva los costos de los insumos y medicamentos utilizados para atender sus problemas de salud.

El impacto social de la situación señalada, se refleja en el deterioro de la calidad de vida y en la paulatina reducción de los niveles de bienestar de los millones de personas que viven en el Distrito Federal, quienes a pesar de contar con uno de los mayores índices de recursos para la salud en el país, presentan aún serios problemas de salud.

Daños a la salud.

La posibilidad de enfermedad y muerte en el Distrito Federal, varía de acuerdo con la condición económica y social de los diferentes grupos sociales, ello se refleja también en la coexistencia de enfermedades infecciosas y desnutrición con enfermedades no infecciosas y accidentes.

En las últimas décadas la mortalidad general y por grupos de edad en la Ciudad de México ha disminuido en forma significativa. Sin embargo, los menores de un año y los mayores de sesenta y cinco, presentan una mayor probabilidad de morir.

Al mismo tiempo, se observa un cambio en las causas de muerte, caracterizado por padecimientos crónico degenerativos, tales como enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades crónicas del hígado y cirrosis; y las lesiones ocupando éstas los primeros lugares de mortalidad, dejando un segundo término a las infecto contagiosas, particularmente las neumonías y la influenza.

Respecto a las lesiones, es importante señalar que si se agrupan las intencionales y los accidentes como una sola causa de muerte, se ubicarían en el segundo lugar de mortalidad, por arriba de los tumores malignos y la diabetes mellitus. En efecto el 10%

del total de defunciones en esta ciudad es provocada por lesiones y accidentes que ocurren sobre todo en varones en edad productiva.

Es de hacer notar que con Independencia de la causa que haya generado la muerte, la mayor probabilidad de morir esta vinculada necesariamente a las condiciones de pobreza.

El análisis de las causas de enfermedad, muestra la persistencia de padecimientos infecciosos que se mantienen como principales motivos de consulta médica, además señala el incremento de los padecimientos crónicos en la demanda de servicios de salud.

Las infecciones respiratorias agudas de vías superiores continúan ocupando el primer lugar como causa de enfermedad, representando el 63% de los motivos de consulta; le sigue el grupo de enfermedades que pueden ser abatibles mediante acciones de higiene y saneamiento básico, tales como las gastrointestinales y parasitarias, que representan el 24% de los casos atendidos en las unidades de salud.

El tercer grupo lo representa las enfermedades no transmisibles, como la hipertensión arterial que se observa en el 22% de los adultos; la obesidad el 19%, la hipercolesterolemia en 10%, y la diabetes mellitus en 5.8%. Estas enfermedades son mucho más frecuentes en la población con menor escolaridad, con menos recursos económicos y que tienen más restricciones en el acceso a los servicios de salud. Por otra parte, el deficiente registro de información en general y en particular la relativa a las lesiones, violaciones, aborto, enfermedades de transmisión sexual y alteraciones mentales, impide reconocer la verdadera magnitud de los problemas.

Otro problema relevante subestimado, es la asociación de accidentes y violencias al consumo de alcohol. También, es importante señalar que existen en promedio 2.4 homicidios intencionales diarios, que se incrementan a 4.9, cuando se suman los homicidios imprudenciales. Ambas son situaciones que expresan problemas en el campo de la salud mental.

Situación de los servicios de salud.

Para la atención de los problemas de salud, la población de la Ciudad de México cuenta con diversas instancias públicas y privadas, orientadas fundamentalmente a la atención curativa. La concentración de los servicios médicos es superior a los promedios nacionales, pero la accesibilidad manifiesta marcadas diferencias entre los distintos grupos sociales.

En el Distrito Federal se concentra el 35% del total de los médicos, y el número de camas hospitalarias por persona es superior en más de un 200% al promedio del resto del país. Paradójicamente, la productividad de los servicios de salud es menor a la

media nacional, en el número de consultas otorgadas, en las intervenciones quirúrgicas realizadas y en el porcentaje de ocupación hospitalaria.

Además, se concentra en esta ciudad el mayor número de servicios de atención de alta especialidad. En efecto, estos recursos rebasan por lo menos siete veces la disponibilidad nacional, por ello, la mayor parte de la población prefiere demandar los servicios hospitalarios, aún cuando es afectada por patologías que podrían atenderse en el primer nivel de atención.

Del mismo modo, existe una excesiva concentración de servicios médicos privados, más de 7000 establecimientos, que incluyen hospitales, consultorios, laboratorios, etc., pero a ellos no tienen acceso al menos la tercera parte de los habitantes del Distrito Federal

Para los habitantes que carecen de seguridad social y capacidad de pago de los servicios médicos privados, existe el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, organismo que presenta diversos problemas de funcionamiento que son resultado de su estructura, organización y financiamiento.

Entre los principales problemas que aquejan al Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal podemos destacar los siguientes:

1. Se encuentra jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social, ello limita la realización de acciones normativas en materia de salud y el avance en la creación de un sistema metropolitano de salud.
2. Carece de facultades suficientes para resolver los frecuentes problemas en materia de regulación sanitaria, debido a la ausencia de acuerdos de coordinación con las instancias federales. Además se encuentran fuera de la verificación sanitaria, diversos servicios y actividades que pueden representar riesgos para la salud de la población
3. Presenta funciones normativas y de coordinación limitadas para ejercer atribuciones como cabeza del sector salud en el Distrito Federal, lo que se traduce en escasa coordinación con las dependencias públicas y privadas de salud.

Con base en lo anterior se identificaron en la Ley de Salud para el Distrito Federal de 1987, algunas insuficiencias, deficiencias, contradicciones y anacronismos que se pueden sintetizar en lo siguiente:

1. Insuficiente garantía de acceso a los servicios de salud para la población del Distrito Federal
2. Omisión de la definición de las finalidades del Derecho Constitucional de Protección de la Salud.

3. Limitación de facultades para establecer los ámbitos de coordinación con el Gobierno Federal y con la Secretaría de Salud
4. Atribuciones insuficientes del Gobierno Federal y de la Secretaría de Salud.
5. Ausencia de una visión estratégica para la descentralización de los servicios de salud.
6. Ausencia de un órgano de consulta, apoyo y de servicio a la sociedad, que permita articular los esfuerzos públicos, sociales y privados en la búsqueda de la integración funcional de las instituciones del sector salud en el Distrito Federal.
7. Insuficiencia de la estructura orgánica administrativa del actual Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, que impide racionalizar y optimizar los recursos destinados a la salud y precisar los alcances políticos, normativos, y administrativos de la misma.
8. Carencia de enunciados básicos que definan los derechos y obligaciones elementales de los usuarios de los servicios de salud y que permitan ampliar la participación de la ciudadanía en el cuidado de su salud
9. Omisión de procedimientos orientados a que los prestadores de servicios eleven la calidad y eficiencia de los mismos.
10. Carencia de criterios básicos claros para facilitar el acceso a los servicios de salud, en especial para la población abierta.
11. Restricción en las áreas de regulación en materia de salubridad local que son relevantes para coadyuvar en la solución de los problemas de salud.
12. Atribuciones del Gobierno excesivamente limitadas en materia de salubridad general.
13. Falta de reconocimiento de campos importantes en materia de regulación y control sanitario en el nivel local, como son la venta de alimentos en vía pública, el funcionamiento de los crematorios y funerarias, y el sexoservicio, entre otros.
14. Atribuciones insuficientes del Gobierno para la aplicación de medidas de seguridad sanitaria inmediatas y mediatas.
15. Falta de actualización en las atribuciones del Gobierno en lo referente a los procedimientos administrativos.
16. Conceptos y criterios obsoletos para las sanciones administrativas y falta de congruencia en los montos de las multas.

Características de la Reforma.

Las reformas y adiciones sobre la Ley de Salud para el Distrito Federal vigente están orientadas en el sentido de responder a las insuficiencias mencionadas y enfatizan en los siguientes aspectos:

- a) Establecer la garantía que tiene la población para el acceso a los servicios de salud.
- b) Definir las finalidades del Derecho a la protección de la salud.
- c) Plantear criterios básicos para el acceso a los servicios.
- d) Ampliar los campos de regulación en materia de salubridad local
- e) Definir las atribuciones del Gobierno en materia de salubridad general.
- f) Establecer los ámbitos de coordinación con el Gobierno Federal y con la Secretaría de Salud.
- g) Desarrollar a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con objeto de racionalizar y optimizar los recursos destinados a la salud y precisar los alcances políticos, normativos y administrativas de la misma.
- h) Crear un Consejo de Salud del Distrito Federal, como un órgano de consulta, apoyo y de servicio a la sociedad.
- i) Actualizar las atribuciones del Gobierno local para la coordinación del Sistema de Salud del Distrito Federal.
- j) Fortalecer el proceso de descentralización de los servicios de salud.
- k) Plantear la necesidad de elevar la calidad y eficiencia por parte de los prestadores de los servicios de salud.
- l) Definir los derechos y obligaciones fundamentales de los usuarios de los servicios de salud y ampliar la participación de la ciudadanía en el cuidado de su salud
- m) Reconocer nuevos campos de regulación y control sanitario para el nivel local, por ejemplo, la venta de alimentos en vía pública, los crematorios y funerarias y el sexoservicio.
- n) Ampliar las atribuciones del Gobierno en lo relativo a las medidas de seguridad sanitaria.

- o) Actualizar las atribuciones del Gobierno en lo referente al procedimiento administrativo.
- p) Actualizar los conceptos y criterios de las sanciones administrativas, así como los montos de las multas.

Esta iniciativa es el resultado de un proceso de consulta que en materia de salud ha realizado la Comisión de Salud y Asistencia Social, a través de diversas actividades, tales como entrevistas, foros y reuniones que propiciaron la participación de usuarios y trabajadores de los servicios de salud, académicos e investigadores.

Se considera que al ampliar las atribuciones del Gobierno en materia de salud, se sientan las bases para el fortalecimiento del Sistema de Salud, así como con un sentido prospectivo facilita avanzar en la creación del Sistema Metropolitano de Salud.

Con fecha 30 de marzo de 1999 fueron publicadas en la Gaceta Oficial del Distrito Federal las reformas a la presente Ley.

En el siguiente articulado se definen conceptos básicos, la autoridad local en materia de vigilancia sanitaria, ámbito de aplicación, universo competencial y procedimiento para ejecutar visitas de verificación sanitaria.

“Artículo 2º - Para los efectos de esta Ley se entiende por...

IX Regulación y control sanitario, a los actos que lleve a cabo el Gobierno para ordenar o controlar el funcionamiento sanitario de las actividades que se realicen en los establecimientos a que se refiere esta Ley y los reglamentos respectivos, a través del otorgamiento de autorizaciones, vigilancia, aplicación de medidas de seguridad e imposición de sanciones en los términos de esos ordenamientos...”

“Artículo 3º - Son autoridades sanitarias del Distrito Federal:

- I. La Secretaría de Salud, exclusivamente, en el ámbito de competencia que le confiere la Ley General, y
- II. El Gobierno del Distrito Federal, que podrá delegar en sus órganos administrativos.”

“Artículo 4º.- Corresponde al gobierno como autoridad sanitaria local la aplicación de la presente ley.”

“Artículo 5º.- En Materia de Salubridad Local corresponde al Gobierno la regulación y control sanitario de:

- I. La Central de Abastos, mercados y centros de abasto;

II. Construcciones , edificios y fraccionamientos, excepto aquellos cuya autorización este reservada a la secretaria,

III. Cementerios, crematorios y funerarias;

IV Limpieza publica;

V. Rastros,

VI. Agua potable y alcantarillado;

VII. Establos, caballerizas y otros similares;

VIII Reclusorios y centros de readaptación social,

IX. Baños públicos;

X. Centros de reunión y espectáculos públicos;

XI Establecimientos que presten servicios de peluquería, masajes, salones de belleza, estéticas y en general establecimientos de esta índole;

XII.- Establecimientos dedicados a actividades industriales, comerciales, y de servicio, cuando no corresponda a la Secretaria ,

XIII. Establecimientos de hospedaje;

XIV Transporte urbano y suburbano;

XV. Gasolineras y estaciones de servicios similares;

XVI. Lavanderías, tintorerías, planchadurías y demás establecimientos similares;

XVII. Albercas públicas;

XVIII. La venta de alimentos en vía pública, y

XIX. Las demás materias que determine esta ley y otras disposiciones aplicables ”

“Artículo 6º.-En la materia de salubridad a que se refiere el artículo 13, apartado B) de la ley General de Salud dentro del territorio del Distrito Federal.”

“Artículo 8º.- La Secretaría del Distrito Federal tendrá a su cargo...

... II.- Organizar y ejecutar los programas y las acciones de regulación y control sanitario en materia de salubridad local ..”

“Artículo 14.- El Sistema de Salud del Distrito Federal tiene por objeto ejercer las atribuciones correspondientes para la protección de la salud, en los términos de la Ley General, de la presente Ley y demás disposiciones aplicables y en consecuencia tenderá a...

... VII.- En general, a prestar eficientemente los servicios de salubridad general y local a que se refiere esta Ley, así como a realizar las acciones de regulación y control sanitario en los términos de este Ordenamiento y demás disposiciones aplicables...”

“Artículo 21.- Para los efectos de la presente Ley se entiende por:

I.- Mercados y centros de abastos, los sitios públicos y privados destinados a la compra y venta de productos en general, preferentemente los agropecuarios y de primera necesidad, en forma permanente y en días determinados;

II - Central de Abastos, el sitio destinado al servicio público en maniobras de carga y descarga, la conservación en frío y demás operaciones relativas a la compraventa al mayoreo y medio mayoreo de productos en general,

III.- Construcciones, toda edificación o local que se destine a la habitación, recreo, trabajo o cualquier otro uso,

IV.- Cementerios, el lugar destinado a la inhumación, exhumación y cremación de cadáveres,

V - Limpieza pública, el servicio de recolección , tratamiento y destino final de basura;

VI - Rastro, establecimiento donde se da el servicio para sacrificio de animales para la alimentación y comercialización al mayoreo de sus productos;

VII.- Establos, caballerizas y otros similares, todos aquellos lugares destinados a la guarda, producción , cría, mejoramiento y explotación de especies animales;

VIII - Reclusorios y centros de readaptación social, el local destinado a la internación de quienes se encuentran restringidos por un proceso o una resolución judicial o administrativa;

IX.- Baños públicos, el establecimiento destinado a utilizar el agua para el aseo corporal, deporte o uso medicinal y al que pueda concurrir el público, quedando incluidos en esta denominación los llamados de vapor y aire caliente;

- X.- Albergas públicas, el establecimiento público destinado para la natación, recreación familiar, personal o deportiva ,
- XI.- Centro de reunión las instalaciones destinadas al agrupamiento de personas con fines recreativos sociales, deportivos culturales y los gimnasios dedicados al fisiculturismo y a ejercicios aeróbicos realizados en sitios cubiertos o descubiertos u otros de esta misma índole;
- XII.- Espectáculos públicos, las representaciones teatrales, las audiencias musicales, las exhibiciones cinematográficas las funciones de variedades, los espectáculos con animales, carreras automóbiles, bicicletas, etc., las exhibiciones aeronáuticas, los circos, los frontones, los juegos de pelota, las luchas y en general todos aquellos en que el público paga el derecho por entrar y a los que acude con el objeto de distraerse,
- XIII.- Peluquerías, salones de belleza y masajes, estéticas y similares, los establecimientos dedicados a rasurar, teñir, decolorar, peinar, cortar, rizar o realizar cualquier actividad con el cabello de las personas . Arreglo estético de uñas de manos y pies o la aplicación de tratamientos capilares, faciales y corporales de belleza al público, que no requieran de intervención médica en cualquiera de su prácticas;
- XIV.- Establecimientos industriales, aquellas edificaciones en las que se realiza la extracción, conservación, procesamiento, maquila y transformación de materias primas, acabado de productos y elaboración de satisfactores;
- XV - Establecimientos comerciales, las instalaciones donde se efectúan actividades lucrativas consistentes en la intermediación directa o indirecta entre productores y consumidores de bienes;
- XVI - Establecimientos de prestación de servicios, las construcciones, edificaciones o instalaciones en general, en las que se ofrezcan y comercien servicios de cualquier tipo,
- XVII.- Establecimientos de hospedaje, los que proporcionen al público alojamiento y otros servicios complementarios mediante el pago de un precio determinado quedando comprendido los hoteles, moteles, apartamentos amueblados, habitaciones con sistemas de tiempo compartido o de operación hotelera, albergues, suites, villas, bungalows y casas de huéspedes, así como cualquier edificación que se destina a dicho fin;
- XVIII - Lavanderías, tintorerías, planchadurías, y similares, todo establecimiento o taller abierto al público destinado a limpiar, teñir, desmanchar o planchar ropa, tapices, telas y objetos de uso personal, doméstico comercial o industrial, cualquiera que sea el procedimiento que se emplee;

XIX.- Venta de alimentos en la vía pública, actividad que se realiza en calles, plazas públicas, en concentraciones por festividades populares y por comerciantes ambulantes;

XX - Gasolineras y estaciones de servicio similares, los establecimientos destinados al expendio de gasolinas, aceites, gas butano y demás productos derivados del petróleo;

XXI.- Transporte urbano y suburbano, todo vehículo destinado al traslado de carga, de alimentos perecederos o de pasajeros sea cual fuere su medio de propulsión;

XXII.- Crematorios, las instalaciones destinadas a la incineración de cadáveres;

XXIII.- Funeraria, el establecimiento dedicado al traslado, preparación y velación de cadáveres,

XXIV.- Agua potable, aquella cuya ingestión no cause efectos nocivos a la salud, y

XXV.- Alcantarillado, la red o sistema de conductos y dispositivos para recolectar y conducir las aguas residuales y pluviales al desagüe o drenaje”.

“Artículo 22.- Es competencia del Gobierno ejercer el control y regulación sanitaria, de los establecimientos enunciados en el artículo 21, mediante la realización de las acciones necesarias que tengan por objeto prevenir riesgos y daños a la salud de la población

Dichas acciones consisten en el otorgamiento de las autorizaciones sanitarias, la vigilancia e inspección de los establecimientos, la aplicación de medidas de seguridad, la imposición de sanciones y, en general todos aquellos actos que permitan preservar la salubridad local de los habitantes del Distrito Federal.”

“Artículo 24.- Sin perjuicio de lo establecido en los capítulos subsiguientes, los establecimientos y actividades a que se refiere este Título, estarán sujetas a las condiciones sanitarias que determinen las disposiciones legales aplicables, los reglamentos respectivos y las normas técnicas locales que para tal efecto emita el Gobierno.”

“Artículo 25.- El Gobierno emitirá las normas técnicas locales para la regulación y control sanitario de las materias de salubridad local.”

“Artículo 81 - Corresponde al Gobierno la vigilancia del cumplimiento de esta Ley y demás disposiciones que se dicten con base en ella.

Las dependencias y entidades de la Administración Pública Local y Federal, coadyuvarán a la vigilancia del cumplimiento de las normas sanitarias, y cuando

encontrasen irregularidades que a su juicio constituyan violaciones a las mismas, lo harán del conocimiento del Gobierno.”

“Artículo 82.- La vigilancia sanitaria se llevará a cabo en forma ordinaria y extraordinaria, ésta última a solicitud por escrito de los ciudadanos y se efectuarán por personal debidamente acreditado. Los verificadores deberán, en el desempeño de sus funciones, apegarse a las normas previstas en esta Ley y demás ordenamientos aplicables.”

“Artículo 83.- Las verificaciones que ordene el Gobierno podrán ser:

a) Ordinarias, las que se efectuarán en días y horas hábiles, debiendo entenderse por ello, los días y horas de funcionamiento habitual de los establecimientos, industriales, comerciales o de servicios;

b) Extraordinarias, las que podrán efectuarse en cualquier momento.”

3. 5. Reforma al Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal

Con fecha 11 de agosto de 1999, se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal y en su artículo 64, por primera vez se menciona a la Dirección de Regulación Sanitaria, que por cierto ya aparece como Dirección General aunque aún no se hayan realizado las transferencias presupuestales mínimas necesarias para su operación y funcionamiento, el artículo queda como sigue

“Artículo 64.- Corresponde a la Dirección General de Regulación Sanitaria:

- I. Ejercer el control, vigilancia y fomento sanitarios en el Distrito Federal, conforme a lo que señale la Ley General de Salud, sus reglamentos y la Ley de Salud para el Distrito Federal;
- II. Expedir las autorizaciones sanitarias para las actividades, establecimientos, productos y servicios en el ámbito de su competencia, conforme lo señalen las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables,
- III. Integrar el padrón local de actividades, establecimientos, productos y servicios que se encuentren sujetos a control y vigilancia sanitaria;
- IV. Ordenar y practicar verificaciones de conformidad con las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables a la materia;

- V Controlar la fauna nociva en mercados, centros de abasto y demás establecimientos públicos donde se comercialicen productos para consumo humano;
- VI. Emitir los dictámenes sanitarios y expedir las notificaciones de resultados derivadas de las acciones de vigilancia sanitaria,
- VII Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad cuando existan riesgos y daños a la salud de las personas, por incumplimiento de las disposiciones sanitarias aplicables,
- VIII. Realizar el control y vigilancia sanitarios en los establecimientos que expendan alimentos en la vía pública, y
- IX. Realizar el control y vigilancia sanitarios relacionados con el traslado, inhumación y exhumación de cadáveres.”

Con la reforma arriba transcrita se posibilitó la elaboración del proyecto de Programa Operativo Anual para el año 2000 de la Dirección General de Regulación Sanitaria, el cual contiene y plantea las siguientes metas.

En la Ciudad de México la regulación sanitaria ha enfrentado problemas complejos que incluyen factores externos e internos; su atención no es de manera alguna el producto de necesidades particulares, sino el reflejo del compromiso de corresponsabilidad permanente entre las diferentes instancias del gobierno para proteger, promover, y conservar la salud de la población.

Desde la perspectiva jurídica, las actividades de verificación y control sanitario se han restringido en razón de las siguientes circunstancias:

- Descentralización de los Servicios sin atribuciones de regulación sanitaria en materia de salubridad general de la República.
- Indefinición de la distribución de competencias en materia de regulación sanitaria entre la federación y el Gobierno del Distrito Federal.
- El proceso de Modernización y Simplificación Administrativa en la que se involucran diversas dependencias federales y locales que implica la reorganización de las actividades de verificación.
- Desarticulación funcional y operativa entre las unidades aplicativas y las administrativas responsables de los actos de autoridad sanitaria, así como de los servicios de epidemiología y de atención médica que no permiten incidir en los problemas prioritarios de salud pública.

Desde las perspectivas económica, social y cultural se reconocen los siguientes aspectos:

- El incremento de establecimientos y prestadores de servicios que no cumplen con los mínimos indispensables de control de calidad ni las condiciones sanitarias que señalan los ordenamientos legales, particularmente los relacionados con la comercialización, suministro y venta de alimentos.

- Proliferación de focos insalubres que ponen en riesgo la salud de la población por acumulación de basuras y desperdicios, ocasionando proliferación de fauna nociva y transmisora.

- El déficit de una información sistemática que impide un conocimiento preciso respecto de las actividades, establecimientos, productos y servicios que se ofertan en el mercado con el consecuente incremento en los costos de operación, ya que los actos de autoridad se orientan en la mayoría de los casos a grupos de intermediarios

- La falta de equipo adecuado y laboratorios apropiados para realizar la investigación de factores de riesgo desde su origen, que implican un mayor gasto en tiempo y recursos.

- El desconocimiento de buenas prácticas de higiene y sanidad por parte de la población, que perpetúan costumbres insalubres.

Las variables demográficas y geográficas multiplican los factores que inciden en la salud, especialmente si consideramos que la Ciudad de México como capital del país, cuenta con los principales centros de abasto de productos provenientes de diferentes entidades federativas; desde esta perspectiva esta situación se refleja en:

- La introducción de productos de la pesca procedentes de las zonas costeras del país, que en muchas ocasiones portan contaminantes biológicos o químicos que ponen en riesgo la salud de las personas.

- La introducción de ganado proveniente tanto del interior de la República, como del extranjero, que implica altos costos en la operación del control de calidad de productos de consumo humano.

- La comercialización, venta y suministro de estos productos en centros distribución como es el caso de Ferrería, La Central de Abasto y otros mercados similares.

- Los asentamientos de comerciantes en los alrededores de estos centros que incrementan los factores de riesgo a la salud de la población por las condiciones precarias en que comercializan los productos.

- El establecimiento de mercados móviles en los que se comercializan productos para consumo humanos sin las mínimas condiciones de higiene.

En el contexto del análisis interno, se destacan los siguientes aspectos

- La orientación tradicional de la actividad sanitaria a aspectos de verificación del cumplimiento de ordenamientos normativos y la sanción a los productores, industriales, comerciantes y prestadores de servicios, dejando a un lado, en la mayoría de los casos, las acciones de fomento sanitario.
- El escaso personal profesional para abarcar las diversas materias del área.
- Desconocimiento del marco normativo e insuficiencia de instrumentos de apoyo jurídico administrativos
- La escasa capacitación sistematizada en las materias relacionadas con el área
- Falta de equipo adecuado y apoyo de laboratorios apropiados para la toma de decisiones oportunas.

Dentro de este marco, la regulación sanitaria, como una de las disciplinas sustantivas de la salud pública, se convierte en el mecanismo para coadyuvar al logro de los siguientes propósitos prioritarios del sistema de salud:

Disminuir la incidencia de factores que pongan en peligro la salud individual y colectiva, con énfasis en el sector productivo.

Mejorar las condiciones sanitarias de los bienes, insumos, servicios y el habitat humano, el ocupacional y su entorno.

Concepto:

La regulación sanitaria se define como el conjunto de acciones preventivas que lleva a cabo el Estado para normar y controlar las condiciones sanitarias del hábitat humano, los establecimientos, las actividades, los productos, los equipos, los vehículos y las personas que puedan representar riesgo o daño a la salud de la población en general, así como para fomentar el cuidado de la salud mediante prácticas de repercusión personal y colectiva.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal, en respuesta a la responsabilidad encomendada y tomando en cuenta las funciones propias de su naturaleza, deberá articular funcional y operativamente una Dirección General de Regulación Sanitaria con los siguientes fines.

Detectar y prevenir los factores de riesgos y daños a la salud, en especial en la fabricación, distribución y comercialización de los productos, insumos, bienes y servicios que se usen y consuman.

Abatir los riesgos que se generan en el ámbito ocupacional previniendo daños a la salud del trabajador.

Buscar el beneficio colectivo, sin distinguir a individuos o sectores específicos de la población.

Coadyuvar en el desarrollo económico mediante la normalización, supervisión y orientación de los diversos procesos productivos y de comercialización.

Asegurar la inocuidad de los productos e insumos y la calidad sanitaria de los bienes y servicios.

Participar con los sectores, social y privado, en la concertación de acciones de control y fomento sanitarios, que influyan en la producción, distribución y comercialización de bienes, insumos y servicios que puedan generar daños a la salud.

Promover el autocuidado de la salud, modificando patrones de conducta inadecuados, particularmente en el ámbito del saneamiento básico

Contribuir al fortalecimiento de la atención primaria de la salud y por ende a la disminución de infraestructuras especializadas y costosas dedicadas a la asistencia médica

Promover la coordinación intersectorial, reforzando la capacidad normativa y técnica del Estado a fin de garantizar el cumplimiento de las políticas, programas y proyectos enmarcados en el plan nacional de desarrollo y el programa de desarrollo del Gobierno del Distrito Federal.

Establecer una participación concertada de acciones, decisiones y responsabilidades compartidas con diferentes sectores de la sociedad.

Detectar y prevenir el deterioro de los ecosistemas con énfasis en prevención de riesgos a la salud humana

Objetivos

a) General:

Proporcionar servicios para proteger la salud de la población del Distrito Federal, cada vez con mejor calidad, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionan y causan daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

b) Específicos:

Establecer un marco de actuación congruente que permita atender lo concerniente a las materias de regulación sanitaria que, por leyes, reglamentos, normas y convenios, se le confieran.

Apoyar el mejoramiento de la calidad sanitaria de los bienes, servicios e insumos que consume la población.

Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del entorno que propicie el desarrollo satisfactorio de la vida, el bienestar de la población y el ambiente ocupacional.

Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determine hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se prestan para su protección

Promover un sistema de fomento sanitario que procure el desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para la regulación sanitaria.

Coordinar con dependencias publicas y concertar con los sectores social y privado, la difusión y operación de programas de regulación sanitaria

Establecer un marco que permita la supervisión, evaluación y control de la operación de los servicios y que propicie las condiciones para su desarrollo.

Establecer un marco que permita la supervisión, evaluación y control de la operación de los servicios y que propicie las condiciones para su desarrollo.

Estrategias

Congruente con las políticas de salud del Gobierno del Distrito Federal, la Dirección General de Regulación Sanitaria deberá definir las siguientes líneas estratégicas:

- Reestructuración orgánica y funcional del área de regulación sanitaria con base en un programa de profesionalización de los recursos que permita dar una respuesta acorde con las necesidades sociales.
- Desconcentración de funciones en materia de salubridad general y local en aquellas unidades administrativas que participan en los procesos de control y fomento sanitarios, que permita lograr un mayor impacto en los programas prioritarios de salud.
- Regionalización operativa de la regulación sanitaria que permita acercar los sitios en donde se generen los riesgos y daños a la salud, la respuesta oportuna y eficaz de los actos de la autoridad sanitaria.
- Corresponsabilidad con los sectores público y privado con el objeto de definir e implementar los mecanismos para el ejercicio de la acción sanitaria, incorporando a la

ciudadanía en el proceso de identificación de sus necesidades y en el diseño, ejecución, control y evaluación de los programas de regulación sanitaria.

- Fortalecimiento de la responsabilidad social mediante el fomento sanitario que mejore la calidad de los bienes y servicios que se producen, comercializan y, en su caso, consumen.

- Definir las bases y mecanismos de la coordinación de acciones con las dependencias o unidades administrativas del nivel federal, a efecto de realizar organizadamente la vigilancia sanitaria en materia de salubridad general descentralizada y concurrente.

- Definir los criterios sobre salubridad local para el control del comercio y la prestación de bienes, insumos y servicios, en coordinación con las dependencias y unidades administrativas del Gobierno del Distrito Federal; con especial énfasis en donde se procesen y manejen alimentos y bebidas.

- Definir mecanismos de coordinación de acciones para el fortalecimiento de la corresponsabilidad entre el Gobierno y la sociedad, mediante acciones de fomento sanitario que mejoren la calidad de los bienes y servicios que se producen o comercializan.

- Definir los criterios y requisitos sanitarios que permitan prevenir riesgos y daños a la salud con la participación de los sectores público y privado.

- Promover estilos de vida saludables de desarrollo y orientar a la población del Distrito Federal sobre sus derechos y obligaciones respecto a las acciones de regulación y control sanitario con el apoyo de los medios de comunicación masiva.

- Establecer mecanismos de coordinación en la formación de recursos humanos y desarrollo tecnológico, así como la utilización de laboratorios en apoyo de la regulación y control sanitario con la participación de las instituciones de enseñanza superior.

- Difundir información con énfasis en el desarrollo de prácticas sociales que favorezcan tanto el ejercicio del derecho a la protección de la salud, como el de contribuir a su producción, vinculando las acciones de fomento sanitario con otros programas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

De acuerdo a lo anterior, se establecerá un plan general de trabajo para operar en tres fases que a continuación se presentan:

- Levantamiento de un padrón de establecimientos en el Distrito Federal.

- El padrón se realizará con la participación de los trabajadores que conforman la plantilla del personal.

- Se tomará como referencia la distribución de las 2,500 Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEBS) del Distrito Federal. Cada trabajador tendrá la obligación de llenar un AGEB diariamente (en total 6.5 por cada por cada trabajador) recabando la información en un formato ex profeso que deberá entregar a su jefe inmediato superior el mismo día. Cada AGEB tiene un promedio de 15 manzanas.

- Se iniciará con las cuatro delegaciones que concentran el 80% de establecimientos comerciales, industriales y de servicios, (Cuauhtémoc, Benito Juárez, Venustiano Carranza y Miguel Hidalgo) el total de AGEB's en éstas cuatro Delegaciones suman un total de 528

- Una vez recolectada la información se procederá a su inmediata captura en una base de datos en la que se le asignará a cada establecimiento un número que permita su identificación, mismo que se utilizará para la emisión de órdenes y actas de verificación en lenguaje criptográfico.

- Se reorientarán las actividades de algunas áreas de regulación sanitaria para que asuman las atribuciones que la Ley señala

- Verificaciones Sanitarias:

- Las verificaciones sanitarias se realizarán exclusivamente con el personal que se asigne al nivel central. (Se calculan aproximadamente 294 personas).

- Las acciones de verificación sanitaria se harán en coordinación con las respectivas Direcciones Generales de la Secretaría de Salud a nivel Federal.

- Se propondrán acuerdos específicamente con las Direcciones Generales de nivel Federal: Regulación de los Servicios de Salud, Calidad Sanitaria de Bienes y Servicios e Insumos para la Salud, que deberán formalizarse en instrumentos que se suscriban y publiquen en el Diario Oficial de la Federación y la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

Procedimientos:

A cada trabajador se le entregará un número determinado de cédulas acompañadas de un croquis que delimita cada uno de los AGEB's, a efecto de que realicen el levantamiento del padrón, señalando sobre el croquis correspondiente, la ubicación de los establecimientos identificados.

Conforme se reciba la información requisitada, se procederá a su validación y captura en un sistema informático, asignándose una clave que permitirá clasificar los establecimientos por sus características específicas.

Una vez que se cuente con el padrón, se deberá iniciar con una campaña de fomento sanitario, primordialmente orientada al manejo higiénico de alimentos y calidad

sanitaria en la prestación de estos servicios, buscando el apoyo de los medios de comunicación para reforzar el trabajo de campo.

Las acciones de fomento sanitario deberán ser permanentes, partiendo del hecho de que será un programa prioritario de la Dirección General de Regulación Sanitaria. Así, las cuatro áreas que se contemplan dentro del proceso de reorganización del Distrito Federal, tendrán como función básica el fomento sanitario; la información que se obtenga derivada de las acciones que se realicen, permitirá la identificación de fuentes de riesgo y daños a la salud de la población. Este programa prevé acciones de impacto al vincularse con otros programas de salud, por ejemplo vigilancia epidemiológica.

En esta etapa, será necesario considerar los mecanismos de coordinación con el nivel federal y local; para ello, se realizarán algunas acciones con diferentes unidades administrativas del Gobierno del Distrito Federal y del Ejecutivo Federal, así como con gobiernos de entidades federativas, destacando las siguientes:

- Gobierno del Distrito Federal

- Secretaría de Gobierno.- Las tendientes a la prevención de riesgos a la salud en casos de contingencia o desastres; a la promoción de la participación ciudadana en el autocuidado de la salud, así como a la regularización del otorgamiento de permisos de uso de suelo de aquellas actividades, establecimientos, productos y servicios que generen riesgos a la salud de la población.

- Secretaría de Desarrollo Económico.- Las tendientes al control del ingreso al Distrito Federal de alimentos y productos de consumo humano procedentes del interior de la República, a efecto de establecer una adecuada vigilancia en la calidad sanitaria de los mismos.

- Subsecretaría del Trabajo y Previsión Social.- Las tendientes a abordar el problema de la venta de alimentos en la vía pública en los más de 180,000 puestos existente en el Distrito Federal a cargo de trabajadores no asalariados.

- Secretaría del Medio Ambiente - Las tendientes a salvaguardar la salud de la población por efectos nocivos del ambiente.

- Secretaría de Obras y Servicios.- Las tendientes a garantizar la calidad sanitaria del agua y consumo humano; al control de basura y manejo de desechos tóxicos biológico-infecciosos, así como la participación corresponsable en el control de la fauna nociva y transmisoras.

- Secretaría de Desarrollo Social.- Las tendientes a la coordinación para la integración en el Sistema de Servicio Público de Localización Telefónica de las acciones de regulación sanitaria, con lo que se garantiza su transparencia.

- Secretaría de Transporte y Vialidad.- Las tendientes a la regulación sanitaria de establecimientos móviles dedicados a la prestación de servicios de atención médica.

- Gobierno Federal:

- Secretaría de Salud.- Las tendientes al ejercicio de la acción en materia de salubridad general de la República en las cuatro áreas de regulación: Servicios de Salud, Calidad Sanitaria de Bienes y Servicios, Insumos para la Salud y Salud Ambiental.

- Secretaría de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural.- Las tendientes al control y vigilancia sanitaria de la sanidad animal y de sus productos para uso y consumo humano.

- Gobiernos de las Entidades Federativas:

- Las tendientes a la coordinación de acciones en materia de introducción al Distrito Federal de abasto y suministro de productos de consumo humano.

Las verificaciones sanitarias estarán a cargo de la Dirección General, se realizarán de manera dirigida conforme a la información diaria que se reciba por parte de las cuatro regiones, para ello, se requiere de personal profesional, cuya actividad se relacione con los giros a verificar.

El procedimiento para las verificaciones sanitarias se hará mediante la expedición de órdenes expresas debidamente fundadas y motivadas en las que se especifique el objeto y alcance de las mismas, el acta de verificación correspondiente al giro de establecimiento de que se trate y con personal profesional debidamente acreditado por las autoridades competentes conforme lo señala el Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal.

De los actos de autoridad emitidos en que se transgreda la esfera jurídica de terceros, conforme al ordenamiento legal antes citado, se tramitará ante la Dirección General el procedimiento administrativo, y solo en caso de que subsista la inconformidad se tramitará ante las autoridades competentes de mayor jerarquía.

De esta forma al descentralizar funciones, con una visión a mediano plazo, toda vez que es irreversible la reforma política al Distrito Federal se plantea la posibilidad de que las delegaciones asuman las funciones que en su momento tendrán que realizar, ya que al adquirir la personalidad jurídica del Municipio tendrán a su cargo además de la hacienda pública las relativas a alcantarillado, agua potable para uso y consumo humano, preparación y expendio de alimentos en la vía pública, planeación y desarrollo urbano, descarga de aguas residuales, etc. La anterior forma planteada de realizar el control y regulación sanitaria facilitarán una estructura operativa y la capacidad de elaborar la planeación y programación de acciones en esta materia.

CAPITULO IV.- LA VERIFICACIÓN SANITARIA EN EL DISTRITO FEDERAL HACIA EL AÑO 2000

- 4. 1. Modernización de la Verificación Sanitaria
 - 4. 1. 1. El Perfil del Nuevo Verificador Sanitario
 - 4. 1. 2. La Verificación Aleatoria
 - 4. 1. 3. El Sistema de Verificación Empresarial
- 4. 2. Autocontrol de los Particulares
- 4. 3. El Fomento Sanitario

4. 1. Modernización de la Verificación Sanitaria

Dentro del universo de funciones que tiene encomendada la Administración Pública Local, se encuentran las relativas al ejercicio de las facultades de inspección y verificación. En este sentido, el Artículo 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, contempla de manera expresa en su párrafo 11, la facultad de la autoridad administrativa para practicar visitas domiciliarias para cerciorarse del cumplimiento de los reglamentos sanitarios y de policía.

Por otra parte, la facultad de verificación de los órganos que integran la Administración Pública del Distrito Federal, se encuentra contemplada en diversos ordenamientos jurídicos de carácter local, tales como el Estatuto de Gobierno, la Ley Orgánica de la Administración Pública y su Reglamento, así como en diversos ordenamientos sustantivos, como la Ley de Salud para el Distrito Federal, Ley de Desarrollo Urbano y la Ley para el Funcionamiento de Establecimientos Mercantiles, entre otros.

En este orden de ideas, es importante señalar que la reforma del Reglamento de Verificación Administrativa permitirá eficientar la función pública de referencia. En efecto, al establecer una regulación uniforme y precisa sobre los requisitos y formalidades de los actos y procedimientos de las visitas de verificación, permitirá establecer las bases para la coordinación, programación y la evaluación sistemática del universo de visitas que son competencia de la Administración Pública del Distrito Federal.

4. 1. 1. El Perfil del Nuevo Verificador Sanitario

El verificador es un servidor público de la Administración Pública Local, cuya función es practicar visitas para comprobar que los particulares observen los ordenamientos legales y reglamentarios en el desarrollo de aquellas actividades que son objeto de control y regulación por parte del gobierno del Distrito Federal.

No obstante, por lo expuesto anteriormente en cuanto a la actividad de verificación sanitaria, con el paso del tiempo se fue desvirtuando toda vez que se convirtió en una actividad de lucro particular provocando dos grandes problemas, uno de ellos, se dejó de vigilar el adecuado proceso de bienes, productos y servicios desde el punto de vista sanitario, consecuentemente posibilitando el aumento de factores de riesgo para la salud pública; por otro lado, el ejercicio abusivo del poder público, estando en contubernio autoridades, dirigentes sindicales, trabajadores administrativos y obviamente, los verificadores sanitarios.

Por tal motivo, la Oficialía Mayor del Gobierno del Distrito Federal con fecha 9 de noviembre de 1998, emitió una circular que contiene los lineamientos a que debe estar

sujeta la actividad de verificación, conforme a lo establecido en el artículo Décimoprimer Transitorio del Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal; y tomando en consideración que:

En estricta observancia al contenido del acuerdo 1/98, emitido por el Jefe de Gobierno del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial el 28 de enero de 1998, en el que se establecen las bases para la reorganización de la actividad verificadora en la Ciudad de México y en relación al Tercero Transitorio del Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal, en el que se disponen las bases para la selección de los verificadores, de acuerdo a su perfil académico y formación técnica mínima, es indispensable tomar medidas administrativas para apoyar el proceso de reorganización de esta actividad.

Asimismo, como resultado de la consulta ciudadana por el Gobierno del Distrito Federal, celebrada del 23 de marzo al 17 de julio de 1998, se concluyó que hay coincidencia en la demanda de transparentar y profesionalizar la actividad verificadora, asegurando un trato honesto, imparcial, así como técnicamente competente a los gobernados que son objeto de revisión, en cuanto al cumplimiento de leyes y reglamentos administrativos del Distrito Federal.

También se coincidió en que el actual esquema de inspección, además de estar rebasado por las normas aplicables, ya no es operativo, ya que estaba viciado por prácticas inconvenientes y arbitrarias.

Las funciones de verificación por ser de fiscalización y control de actividades de los gobernados, deben ser de confianza, y en virtud de que requieren de un perfil con características profesionales para cumplir con el principio de profesionalización que las normas en la materia exigen, se concluye que estas funciones deben estar a cargo de servidores públicos profesionales y de confianza. Ahora bien, al revisar la situación laboral que guardan los trabajadores que realizan las funciones de inspección, se detectaron las siguientes características:

- a) La mayor parte de quienes realizan funciones de inspección son trabajadores con nombramientos diferentes, que fueron habilitados para realizar estas funciones;
- b) sólo una minoría de estos trabajadores fueron contratados expresamente como inspectores y continúan ejerciendo estas funciones, y
- c) prácticamente todos los trabajadores que realizan estas funciones de inspección, cotizan al Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud.

Ante la situación anteriormente descrita se debe dar una salida administrativa, que además de eliminar las incongruencias de plaza con la función que se realiza, cumpla con las disposiciones normativas en la materia y satisfaga las demandas y expectativas

de la sociedad capitalina, al mismo tiempo que respete los derechos laborales de los trabajadores. Por ello, en apego a las disposiciones administrativas y laborales aplicables y como parte de las medidas encaminadas a reorganizar la actividad verificadora a cargo del Gobierno del Distrito Federal se expidió la circular arriba citada, la cual contiene en seis apartados, los criterios de selección, contratación y adecuación del catálogo de trabajadores de confianza, de los cuales se transcriben algunos de ellos:

“PRIMERO.- Los trabajadores que tengan una plaza diferente a la de inspector, pero que fueron habilitados para inspeccionar en las materias señaladas por el reglamento en comento.. serán reubicados en su plaza inmediata anterior, como parte también de un proceso de eliminación de incongruencias administrativas, respetándoles en todos los casos su antigüedad, salario y prestaciones, debiéndoles notificar por escrito la terminación de su comisión temporal para desempeñar las citadas funciones de inspección...”

“CUARTO.- Para cubrir las necesidades en esta materia, observar las disposiciones normativas que regulan la verificación, reorganizar esta actividad y cumplir con las demandas planteadas en la consulta ciudadana efectuada para este efecto (sic), se publicará en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y en dos de los diarios de mayor circulación en la Ciudad de México, la convocatoria que definirá el perfil requerido, así como las bases y requisitos que deberán cumplir los aspirantes a verificadores (...) incluyendo el procedimiento de reclutamiento, selección, formación de los mismos, y contratación..”

De acuerdo a lo anterior, se publicó la siguiente convocatoria:

“El Gobierno del Distrito Federal convoca a todos los licenciados y pasantes en las carreras de Derecho, Administración pública, Arquitectura, Ingeniería Civil y áreas afines, con vocación de servicio y deseo de integrarse al Servicio Público del Distrito Federal, a un proceso de reclutamiento, selección y admisión para el curso de Información para participar en el curso de selección para:

VERIFICADORES ADMINISTRATIVOS

- a) Ser ciudadano mexicano por nacimiento y radicar en el Distrito federal.
- b) Contar con una edad mínima de 23 y máxima de 42 años.
- c) Haber cumplido con el Servicio Militar Nacional, (hombres).
- d) Observar buena conducta y no haber sido sentenciado ejecutoriamente como responsable de delitos intencionales o dolosos.
- e) No haber sido destituido o inhabilitado en procedimiento disciplinario por la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo, o la Contraloría General del Distrito Federal.
- f) No haber sido destituido o cesado de alguna dependencia del Gobierno del Distrito Federal o alguna de sus Delegaciones.

- g) Gozar de buena salud, y no tener hábitos de alcoholismo, farmacodependencia o drogadicción.
- h) Aprobar el curso de formación con una calificación mínima de ocho
- i) Llenar solicitud anexa **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** con datos fidedignos sujetos a comprobación, agregando los documentos a su alcance para comprobar los datos asentados²⁶.

4. 1. 2. La Verificación Aleatoria

Las visitas extraordinarias son aquellas que practica la Administración Pública Local con la finalidad de prever y, en su caso, corregir cualquier circunstancia que ponga en peligro inminente la seguridad y la salud públicas de la población, en alguna de las actividades que son objeto de verificación del gobierno del Distrito Federal.

Para la práctica de las visitas extraordinarias no existen horas ni días inhábiles, por lo que podrán llevarse a cabo en cualquier tiempo. En los casos de las fracciones IV y VI del artículo 6º (incisos d y f), no es obligatorio para la autoridad avisar al servicio de información telefónica sobre estas visitas.

Así mismo, es importante señalar que por su naturaleza y objetivos, estas visitas no estarán sujetas a programación alguna, y su realización es independiente de la práctica de las visitas ordinarias.

El listado de actividades riesgosas y altamente riesgosas tiene como finalidad clasificar las actividades que desarrollan los establecimientos industriales, comerciales o de servicios asentados en el Distrito Federal, en riesgosas y altamente riesgosas, de acuerdo a su grado de riesgo en relación al medio ambiente, al orden público o su impacto social; de esta manera, con base en este listado se podrá determinar si un establecimiento será objeto de verificación aleatoria u obligatoria, según la actividad que realice.

Las visitas de verificación de carácter ordinario para los establecimientos que desarrollen actividades sin riesgo o riesgosas y que se encuentren contemplados en el Padrón Delegacional, se determinarán a través de un proceso de selección aleatoria de dichos establecimientos, de conformidad a los ponderadores que se le asignen a esas actividades, con base en el principio de que a mayor grado de riesgo, mayor probabilidad de selección.

En tal virtud, podemos concluir que la periodicidad de las visitas de esta clase de establecimientos dependerá de su ponderador, así como del número de establecimientos y verificadores en cada una de las Delegaciones, que se reflejará en la selección respectiva.

²⁶ Reforma, Ciudad y Metrópoli. México, D.F., 24 de noviembre de 1998, p 6B

4. 1. 3. El Sistema de Verificación Empresarial

Las visitas de verificación son las diligencias de carácter administrativo que ordenan las autoridades competentes del Distrito Federal, con el objeto de comprobar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias por parte de los particulares.

En términos del Reglamento de Verificación, las visitas de verificación únicamente pueden ser de dos clases: ordinarias y extraordinarias.

Las visitas ordinarias son aquellas que en forma habitual, sistemática y programada realiza la Administración Pública Local. Esta clase de visitas deberán practicarse en días y horas hábiles

Las visitas de verificación ordinarias se realizarán conforme a la programación que tengan cada una de las áreas o dependencias de la Administración Pública encargadas de llevar a cabo esta función.

En este orden de ideas, es importante señalar que las visitas ordinarias que se realicen a los establecimientos industriales, comerciales o de servicios comprendidos en el Sistema de Verificación Empresarial se realizarán de conformidad con los resultados de la selección aleatoria o de la programación de la visita integral anual, según el tipo de actividad de que se trate.

En el sistema de Verificación Empresarial quedan comprendidas las visitas de verificación que se relacionen con el funcionamiento de los establecimientos industriales, comerciales y de servicios que se encuentren asentados en el Distrito Federal, en aquellas materias que son competencia de las Delegaciones, la verificación a dichos establecimientos se realizará mediante una visita catalogada como sin riesgo, riesgosa o altamente riesgosa.

En este sentido, es importante señalar que aquellos establecimientos que se encuentren operando de manera irregular, no podrán verificarse por el Sistema de Verificación Empresarial, ya que a éstos se les realizarán el número de visitas que se requieran en cada caso, de conformidad con las materias que abarca el ámbito de aplicación del Reglamento de Verificación.

En consecuencia, es importante subrayar que las visitas de verificación de carácter extraordinario a los establecimientos de referencia se realizarán al margen de este proceso, por lo que se podrá practicar una visita de este carácter a cualquier establecimiento, cuando se presente alguno o algunos de los supuestos previstos en el artículo 6º del Reglamento de Verificación Administrativa.

Aquellos establecimientos clasificados como de alto riesgo en el listado referido con anterioridad, se les programará una visita ordinarias de manera íntegral de carácter obligatoria, cuando menos una vez al año.

4. 2. Autocontrol de los Particulares

Todo este proceso, ha permitido plantear la posibilidad de otorgar un voto de confianza a los gobernados con el fin de que asuman una cultura de autocuidado, a través de la concientización que adquieran los productores y expendedores de bienes y servicios; en su labor cotidiana que lo hagan con diligencia, responsabilidad y calidad, así como el hecho de que asuman como suyos los ordenamientos que emite el gobierno y se apeguen a ellos dentro de un marco de civilidad y respeto al estado de derecho, volver a recobrar la confianza en las formas institucionales.

Por su parte el gobierno deberá asesorar oportuna y profesionalmente a los responsables de los establecimientos con personal debidamente capacitado a través de acciones de fomento sanitario lo cual en su momento también puede repetir en obtener un mejor ingreso para quienes cumplan con sus obligaciones y por otro lado el Gobierno reducirá el número de acciones coactivas pero a la vez ejercerá cuando así proceda su potestad para hacer cumplir la norma.

Asimismo la participación ciudadana se podrá consolidar en algo que podríamos denominar el cuarto nivel de gobierno al tener los ciudadanos, en forma organizada algún grado de intervención en actos de gobierno muy específicos, como en la denuncia ante las autoridades competentes a los funcionarios que incumplan con sus funciones o se excedan en el ejercicio de sus facultades.

4. 3. El Fomento Sanitario

“Las acciones de Fomento Sanitario inciden en el mejoramiento de la Salud Pública, ya que los problemas sanitarios de productos y servicios son causantes de enfermedades agudas y crónicas. En los alimentos pueden encontrarse gérmenes patógenos, sustancias tóxicas, metales pesados, cancerígenos, etcétera, cuyo impacto no siempre es identificado. Diversos padecimientos son iniciados, preservados o exacerbados por factores ambientales”.²⁷

De esta forma nos acercamos a lo que en si implica el Fomento Sanitario, mismo que se conceptuaría de la siguiente forma, conjunto de acciones de carácter preventivo que ejecuta la autoridad sanitaria, con el objeto de educar y orientar a los particulares

²⁷ Camacho Solís, Rafael, Descentralización a las Entidades Federativas y Desconcentración a las Jurisdicciones Sanitarias México, Consejo Nacional de Salud, 1998, p 95

respecto a los factores que existen en el ambiente o que son producidos por la actividad industrial, comercial o en la prestación de servicios.

Campaña de Fomento Sanitario.

- Se elaborarán trípticos con mensajes de fomento sanitario orientados al manejo higiénico de alimentos. Se está analizando la mejor alternativa con la Coordinación de Comunicación Social de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

- Se buscarán los mecanismos para la utilización de boletines y spots en los medios de comunicación masiva con la Coordinación de Comunicación Social

- Se regionalizará en cuatro zonas al Distrito Federal, (cuatro Delegaciones por cada zona), pudiendo ser de la siguiente forma, siguiendo la orientación cardinal:

- Zona Norte: Azcapotzalco, Gustavo A. Madero, Cuauhtemoc y Venustiano Carranza

- Zona Sur: Coyoacan, Tlalpan, Benito Juárez y Xochimilco

- Zona Oriente. Iztapalapa, Iztacalco, Tlahuac y Milpa Alta

- Zona Poniente: Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo, Cuajimalpa y Alvaro Obregón

- lo que será fundamental para mantener campañas permanentes de fomento sanitario en las siguientes materias:

- Bienes y Servicios

- Salud Ambiental

- Saneamiento Básico, y

- Servicios e Insumos para la Salud.

- El total de personal que se calcula en éstas cuatro regiones suman 528 personas (132 por cada región)

De esta manera se logrará educar a la ciudadanía en materia de salubridad e higiene, haciéndola participe en el proceso de la nueva cultura del cuidado y protección de la salud al aprender a detectar, disminuir y en su caso eliminar riesgos en sus actos y prácticas cotidianas.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- En un principio, el cuestionamiento de fondo a los grandes problemas de la Ciudad de México, no hubiese sido posible en caso de que en el año de 1997 mantuviera el gobierno de la misma, el régimen que durante casi siete décadas dictó la política de conducirse las autoridades es decir, la democratización del Gobierno de la Ciudad de México, comenzando con la elección del Jefe de Gobierno, básicamente al ser éste último una persona que representa intereses opuestos a los que atendían los gobiernos priístas, permitió primero debatir públicamente los problemas de interés para la sociedad capitalina, organizar consultas en aquellas materias en las que los gobernados le habían manifestado interés por modificar el orden de las cosas.

SEGUNDA.- Asimismo la Reforma Política en el Distrito Federal es un gran avance para un país que se ostenta como moderno y democrático, sin embargo, es bien sabido que dicha reforma requiere aún la resolución de situaciones de suma importancia para la consolidación de un Estado democrático y soberano, como lo sería:

- a) Una Constitución Política del Distrito Federal, con el objeto de proporcionar plena autonomía y el carácter de soberana a la nascente entidad de la República
- b) Como consecuencia de lo anterior se requeriría actualizar el marco jurídico del Distrito Federal en una forma integral y articulado a una clara política social, que actualmente es prioritaria en este gobierno.
- c) En consecuencia es urgente que se cuente con un Congreso Local más allá de la denominación, es decir, con plenas facultades para la expedición de leyes y reglamentos que se adecuen a lo expuesto en el inciso inmediato anterior.

TERCERA.- En materia de descentralización administrativa es necesario que el proceso sea terminado en áreas tan importantes para el desarrollo social como lo son la educación y la salud, esta última, es claro que ha sido sometida a un proyecto que privilegia lo económico sobre lo social, resultado de que en el nivel federal se sostiene un proyecto diferente al local, por lo mismo no existe un cambio sustancial al gobernar Acción Nacional el país y la Revolución Democrática el Gobierno del Distrito Federal, toda vez que la lógica privatizadora y de Estado "delgado" lo cual anuncia en mediano plazo el desmantelamiento del Sistema Nacional de Salud, su política, espíritu e instituciones.

CUARTA.- Mientras que en el ámbito local sea sostenido un gobierno democrático ocupado en satisfacer inicialmente las demandas de la población de los sectores económicos más deprimidos y se mantenga una política social articulada en todas las instancias de gobierno será factible erradicar la mayoría de los vicios de la Administración Pública, entre los cuales ha destacado la corrupción que

particularmente ha dañado la relación Estado-gobernados, además un gobierno con estas características garantizará que todos los servicios que proporciona lleguen a todos con una adecuada política de equidad y desarrollo sustentable.

QUINTA.- La modernización de las instituciones no implica privatización de servicios, por lo cual los mecanismos para allegar recursos al sistema tributario los proporcionará una política fiscal que incentive la producción por lo mismo deberá continuarse simplificando los requisitos a que están sujetos los empresarios, comerciantes y productores de la Ciudad de México, acercando a este sector con el gobierno, mismo que estará obligado a proporcionar asesoría y servicios oportunos ágiles y sencillos.

SEXTA.- El cuidado de la salud y la prevención de riesgos así como una educación en aspectos sanitarios tienen un menor costo para cualquier gobierno, que los que implica una salud correctiva, que en la actualidad es muy deficiente aunado a que no llega a la mayor parte de la población debido a la insuficiencia de recursos para su cabal cumplimiento.

SÉPTIMA - De otra forma el derecho a la protección de la salud que consagra el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sólo será una utopía en caso de seguir favoreciendo un proyecto económico en el que predomine la lógica de mercado, ya que una sociedad que no cuente con un adecuado equilibrio en las relaciones de oferta y demanda tiende a bipolarizarse y a crear agudos contrastes en los distintos sectores que la componen y es evidente que los mexicanos no necesitamos ni deseamos una balcanización al ingresar al siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA

DOCTRINA

- ACOSTA ROMERO, Miguel, Teoría General del Derecho Administrativo. México, Ed. Porrúa, 1998. 1134 p.
- ACOSTA ROMERO, Miguel, et al, Ley Federal de Procedimiento Administrativo y Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal, comentadas. México, Ed. Porrúa, 1997. 431 p.
- BURGOA, Ignacio, Las Garantías Individuales. México, Ed. Porrúa, 1993. 809 p.
- CONSEJO NACIONAL DE SALUD, Hacia la Federalización de la Salud en México. México, 1998. 276 p
- CONSEJO NACIONAL DE SALUD, La Descentralización de los Servicios de Salud : Una Responsabilidad Compartida. México, 1998. 227 p.
- CREMOUX, Raúl, Una Transición Interminable. México, Ed. Lapizlázuli, 1999. 271 p.
- DELGADILLO GUTIERREZ, Luis Humberto, El Sistema de Responsabilidades de los Servidores Públicos. México, Ed. Porrúa, 1998. 211 p.
- FERNANDEZ RUIZ, Jorge, Derecho Administrativo. (Servicios Públicos). México, Ed. Porrúa, 1995. 615 p.
- FRAGA, Gabino, Derecho Administrativo. México, Ed. Porrúa, 1998. 506 p.
- GILLY, Adolfo, et al, La Transición Difícil. México, La Jornada Ediciones, 1998. 196 p.
- GUTIERREZ Y GONZALEZ, Ernesto, Derecho Administrativo y derecho administrativo al estilo mexicano. México, Ed. Porrúa, 1993. 1119 p.
- HANLON, John, Principios de Administración Sanitaria. Estados Unidos de América, Ed. Fournier, 1950. 590 p.
- LAURELL, Asa Cristina, La Reforma Contra la Salud y la Seguridad Social. México, Ed. ERA, 1997. 122 p.
- MARTINEZ, Assad, Carlos, ¿Cuál Destino para el D. F.? Ciudadanos, Partidos Gobierno por el Control de la Capital. México, Ed. Océano, 1996. 246 p.

MOCTEZUMA BARRAGAN. Gonzalo Estudios Jurídicos en Memoria de José Francisco Ruiz Massieu México. Ed Porrúa, 1995. 421 p

RUIZ MASSIEU. José Francisco. Nuevo Derecho Constitucional Mexicano. México Ed Porrúa. 1983 418 p

SERRANO MIGALLON, Fernando, El particular frente a la administración. México. Ed. Porrúa. 1993 151 p.

LEGISLACION

CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS México Editorial Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, 1997, 435 p.

LEY GENERAL DE SALUD México, Editorial Porrúa. S. A 1997, tomo I. 1127 p

LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL México, Editorial Porrúa S. A., 1994, 1127 p

ESTATUTO DE GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL México, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 21 de enero de 1998, 76 p.

LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL. México, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 30 de marzo de 1999, 32 p.

LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA DEL DISTRITO FEDERAL. México, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 29 de diciembre de 1998, 52 p

LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DEL DISTRITO FEDERAL. México, Gobierno del Distrito Federal, 1997, 44 p.

REGLAMENTO INTERIOR DE LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA DEL DISTRITO FEDERAL. México, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 14 de marzo de 1998, 142 p.

REGLAMENTO DE VERIFICACION ADMINISTRATIVA PARA EL DISTRITO FEDERAL. México, Gobierno del Distrito Federal, 1997, 47 p.

DECRETO POR EL QUE SE ADICIONA UN ARTICULO TRANSITORIO AL REGLAMENTO DE VERIFICACION ADMINISTRATIVA PARA EL DISTRITO FEDERAL. México, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 26 de enero de 1998.

ACUERDO NUMERO 1/98 QUE ESTABLECE LAS BASES PARA LA REORGANIZACION DE LA ACTIVIDAD VERIFICADORA, CONFORME LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO PRIMERO TRANSITORIO DEL REGLAMENTO DE VERIFICACION ADMINISTRATIVA PARA EL DISTRITO FEDERAL. México, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 28 de enero de 1998, 15p

ACUERDO NUMERO 2/98 QUE DETERMINA OTORGAR FACILIDADES ADMINISTRATIVAS Y EXENCIONES FISCALES PARA LA REGULARIZACION DE ESTABLECIMIENTOS MERCANTILES Y DE SERVICIOS E INDUSTRIAS MICRO Y PEQUEÑAS. México, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 28 de enero de 1998, 15 p.

ECONOGRAFIA

ADALID, Tatiana, " Dan mayor gasto a la salud pública ". Reforma, México, D. F., 27 de enero 1999. 5 B Ciudad y Metrópoli.

-----, " Reducirán trabas legales a empresas ". Reforma, México, D. F., 4 de noviembre 1998: 5 B. Ciudad y Metrópoli.

BERMEO, V. Adriana, " Combaten corrupción entre los inspectores ". Reforma, México, D. F., 24 de noviembre 1998: 6 B. Ciudad y Metrópoli.

-----, " Están amparados 303 giros negros ". Reforma, México, D. F., 11 de marzo 1999: 3 B. Ciudad y Metrópoli.

-----, " Mantendrán el plan renovador de los verificadores ". Reforma, México, D. F., 12 de enero 1999: 3 B. Ciudad y Metrópoli.

----- " Ofrecen a inspectores darles sólo 50 plazas ". Reforma, México, D. F., 3 de marzo 1999: 7 B. Ciudad y Metrópoli.

BERMEO, V. Adriana, Botello, Blanca Estela, "Finaliza tregua administrativa a comercios". Reforma, México, D. F., 20 de enero 1999: 3 B. Ciudad y Metrópoli.

BERMEO, V. Adriana, Guzmán Jorge, " Cumple trámites sólo 10 % de empresas ". Reforma, México, 13 de noviembre 1998: 4 B. Ciudad y Metrópoli.

BOTELLO, Blanca Estela, " Decidirán inspectores acciones ". Reforma, México, D. F., 13 de enero de 1999: 6 B. Ciudad y Metrópoli.

-----, " Interceden por los verificadores ". Reforma, México, D. F., 22 de enero 1999: 4 B. Ciudad y Metrópoli.

_____, " Negocian verificadores que abran 500 plazas ". Reforma, México, D. F., 3 de marzo de 1999: 3 B. Ciudad y Metrópoli.

_____, " Ofrecen tender un puente en crisis de verificadores ". Reforma, México, D. F. 21 de enero de 1999: 3 B. Ciudad y Metrópoli.

_____, " Se mantienen pláticas con verificadores ". Reforma, México, D. F., 12 de febrero de 1999: 7 : B. Ciudad y Metrópoli.

CIUDAD EN BREVES, " Solicitan verificadores platicar con Cárdenas ". Reforma, México, D. F., 24 de febrero de 1999: 5 B. Ciudad y Metrópoli.

_____, " Confirman sustitución de inspectores ". El Universal, México, D.F., 24 de noviembre de 1998: 5. Nuestra Ciudad.

_____, " Revisan GDF y sindicato la situación de verificadores " El Universal, México, D. F., 4 de diciembre de 1998: 15. Nuestra Ciudad.

_____, " Suspenden la inspección a los puestos ambulantes de comida ". El Universal, México, D. F , 16 de marzo de 1999: 9. Nuestra Ciudad.

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL, " Convocatoria para Verificadores Administrativos ". La Jornada, México, D. F., 10 de noviembre de 1998: 50. La Capital.

GONZALEZ, Cecilia, " Proponen modificar la organización del D. F. ". Reforma, México, D. F., 4 de noviembre de 1998: 4 B. Ciudad y Metrópoli.

GONZALEZ, Rafael, " No cederá el GDF a la presión de inspectores ". El Universal, México, D. F. 11 de diciembre de 1998: 1,2. Nuestra Ciudad.

_____, " No habrá multas en enero para comercios, sólo orientaciones ". El Universal, México, D. F., 12 de diciembre de 1998.

_____, " Rechazan 180 inspectores reintegrarse a sus empleos " El Universal, México, D. F., 20 de enero de 1999: 3 B. Nuestra Ciudad.

_____, " Retirarán a inspectores corruptos ". El Universal, México, D. F., 5 de noviembre de 1998: 1, 4. Nuestra Ciudad.

GRAJEDA, Ella, " Exigen al GDF reiniciar inspección sanitaria en los establecimientos ". El Universal, México, D. F., 9 de marzo de 1999: 24. Nuestra Ciudad.

GRANADOS CHAPA, Miguel Angel, " Engaño o complicidad ". Reforma, México, D. F., 18 de febrero de 1999: 15 A. Editorial.

_____, " La Fatiga en la Transición ". Reforma, México,

D F., 18 de febrero de 1999: 17 A Editorial

HEREDIA, Lourdes, " Combate Gobierno corrupción ". Reforma, México, D. F., 25 de marzo de 1999: 5 B. Ciudad y Metrópoli.

JIMENEZ, Sergio Javier, "Iniciarán nuevo programa de revisión a comercios en el D. F." El Universal. México, D. F., 11 de diciembre de 1998: 15. Nuestra Ciudad.

JUSIDMAN, Clara, " En un caos social, el D. F. ". El Universal . México, D. F., 3 de diciembre de 1998: 5. Nuestra Ciudad.

KRAUS, Arnoldo, " Los médicos como conciencia ". La Jornada. México, D. F., 31 de marzo de 1999: 6. Política.

LOPEZ, Juan Antonio, " Bloqueo de verificadores; rechazan la reubicación ". El Universal . México, D. F., 7 de enero de 1999: 6. Nuestra Ciudad.

MELGAR, Ivonne, " Hay 4 mil 880 pobres por cada médico ". Reforma. México, D. F., 6 de enero de 1999: 2 Primera Sección.

MORENO DOMINGUEZ, Manuel, " Prórroga del Gobierno capitalino a verificadores ". El Financiero. México, D. F., 13 de enero de 1999: 39. Sociedad.

NOTIMEX, " Propone Cárdenas cambios en dependencias " La Jornada . México, D. F., 4 de noviembre de 1998. 58. La Capital.

NUNCIO, Abraham, " Neoliberalismo y Estado " La Jornada México, D. F., 25 de febrero de 1999: 19 Economía.

OLAYO, Ricardo, " Acercamiento entre Gobierno y SUTGDF ". La Jornada. México, D.F., 27 de noviembre de 1998: 72. La Capital.

_____, " Amplían la tregua en la verificación de empresas " La Jornada México, D. F., 13 de enero de 1999: 37. La Capital.

_____, " Bloquean por más de tres horas el edificio de gobierno del D. F. " La Jornada . México, D. F., 3 de diciembre de 1998: 50. La Capital.

_____, " Cancelarán las más de mil plazas de inspectores de vía pública " La Jornada . México, D. F., 17 de noviembre de 1998: 48. La Capital.

_____, " Cede el Gobierno: Los inspectores serán verificadores " La Jornada México, D. F., 3 de marzo de 1999: 66. La Capital.

-----, " Dos tercios de ex-verificadores han aceptado su reubicación: Barbosa " La Jornada. México, D. F., 12 de enero de 1999: 35. La Capital.

-----, " Empleados del D. F. piden aumento en prestaciones " La Jornada. México, D. F., 15 de marzo de 1999: 57. Sociedad y Justicia.

-----, " Exige el SUTGDF conservar en sus puestos a 400 inspectores " La Jornada. México, D. F., 29 de enero de 1999: 66. La Capital.

-----, " Identificados 118 inspectores que integran una red de corrupción " La Jornada. México, D. F., 5 de noviembre de 1998: 47. La Capital.

ORTIZ, Delia Angélica, " Faltan recursos para la nueva Secretaría ". Reforma. México, D.F., 18 de enero de 1999. 1 B, 4B. Ciudad y Metrópoli.

PALACIOS, Sandra, " Nuevo programa de verificación administrativa en D. F., anuncian ". El Universal. México, D. F., 13 de diciembre de 1998: 3. Nuestra Ciudad.

PRADILLA COBOS, Emilio, " Dos políticas para el D. F. " La Jornada. México, D. F., 18 de noviembre de 1998. 53. La Capital.

REYES RAMIREZ, Raúl, " En Regulación Sanitaria sistema transparente y honesto ". Voz de Nuestra Salud. México, D. F., abril 1998: 11.

SALAZAR, Claudia, " Aprueba Asamblea Legislativa la nueva Secretaría de Salud del D.F." El Universal. México, D. F., 3 de diciembre de 1998: 1, 4. Nuestra Ciudad.

-----, " Dan amparos al gusto ". Reforma. México, D. F., 5 de abril de 1999:1. Ciudad y Metrópoli.

-----, " Piden inspecciones sanitarias a alimentos ". Reforma. México, D.F., 9 de marzo de 1999: 7B. Ciudad y Metrópoli.

TREJO, Amparo, " Salud: Prioridad hacia el 2000 ". Reforma. México, D. F., 5 de enero de 1999: 3. Nacional.

VALES, José, " No respondo a Gobierno corrupto: Itamar Franco ". Reforma. México, D.F., 18 de enero de 1999: 1. Nacional.

ZUÑIGA M., Juan Antonio, " Corresponden a la SSA las inspecciones sanitarias: Olmedo". La Jornada. México, D. F., 10 de marzo de 1999: 60. La Capital.

" Continúan estancadas negociaciones entre el SUTGDF con autoridades ". El Universal. México, D. F., 3 de marzo de 1999: 5. Nuestra Ciudad.