



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

---

**FACULTAD DE DERECHO  
SEMINARIO DE DERECHO ADMINISTRATIVO**

**"EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD Y LA  
RECTORIA DEL ESTADO"**

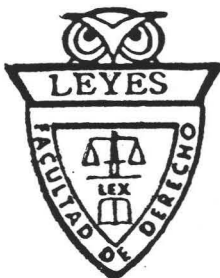
**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADO EN DERECHO**

P R E S E N T A :

**JOSE FRANCISCO GUTIERREZ DAVILA**



CIUDAD UNIVERSITARIA

JUNIO 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.





UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO  
SEMINARIO DE DERECHO ADMINISTRATIVO

Ciudad Universitaria. D. F., a 13 de mayo de 2004

ING. LEOPOLDO SILVA GUTIÉRREZ  
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
P R E S E N T E

El pasante de esta Facultad, José Francisco Gutiérrez Dávila, con número de cuenta 09654352-8 ha elaborado la tesis denominada "EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y LA RECTORIA DEL ESTADO", bajo la dirección del Dr. Fernando Serrano Migallón, y la cual a mi juicio cumple con los requisitos reglamentarios del caso.

Ruego a usted ordenar lo conducente para que se continúen los trámites inherentes para que dicho pasante presente el examen profesional correspondiente, en caso de no existir inconveniente para ello.

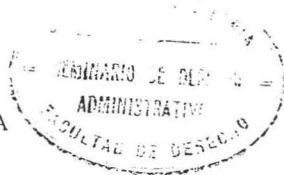
Transcribo acuerdo del Consejo de Directores de Seminarios, según circular SG/003/98, de la Secretaría General:

"El interesado deberá iniciar el trámite para su titulación dentro de seis meses siguientes (contados de día a día) a aquél en que le sea entregado el presente oficio, en el entendido de que transcurrido dicho lapso sin haberlo hecho, caducará la autorización que ahora se le concede para someter su tesis a examen profesional, misma autorización que no podrá otorgarse nuevamente sino en el caso de que el trabajo recepcional conserve su actualidad y siempre que la oportuna iniciación del trámite para la celebración del examen haya sido impedida por circunstancia grave, todo lo cual calificará la Secretaría General de la Facultad".

Reitero a usted las seguridades de mi consideración y respeto.

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"  
El Director del Seminario

PEDRO NOGUERÓN CONSUEGRA  
LICENCIADO EN DERECHO



c.c.p.- Dr. Fernando Serrano Migallón.-Director de la Facultad de Derecho.- presente

A mis padres, que con su ejemplo me han enseñado la virtud de vivir y pensar de verdad.

A la Universidad Nacional, por haberme permitido entender y sentir las necesidades de nuestro México, por inspirarme a soñar que alcanzaremos pronto el verdadero progreso, que no es únicamente un Estado de Derecho, legítimo; una democracia política, real; una perspectiva económica, ordenada, y una justicia social, fundada en los derechos sustanciales del hombre, sino también es la reconciliación con nuestra otredad.

Mi aprecio y respeto a Gonzalo Moctezuma Barragán, quien me ha demostrado que la condición de maestro se adquiere no sólo por el conocimiento y la sabiduría, sino por la capacidad de transmitirla, así como por la atención que brinda a sus discípulos en el encauzamiento de la actividad intelectual. Además por las interminables pláticas en las que me ha permitido conocer su extraordinaria calidad humana, su dimensión intelectual, sus inquietudes literarias, su respeto a las instituciones y su entrañable concepto de la amistad.

Mi gratitud a Fernando Serrano Migallón por haber aceptado la dirección de esta tesis y por sus consejos que me han enseñado la latitud del saber humano y el valor de ser universitario.

A Ruben Licona por su apoyo y amistad con mi padre.

A Guillermo Soberón por su ejemplo de universitario y su contribución a la salud.

A Chishu Nakatani por construir la historia de mi vida.

A mis entrañables amigos que le han dado sentido a la palabra hermandad.

Si creemos que los hombres  
como seres humanos poseen  
derechos que les son propios  
entonces, tienen un derecho  
absoluto a gozar de buena  
salud en la medida que  
la sociedad y sólo ella,  
sea capaz de proporcionársela.

*Aristóteles, S. IV a.C.*

La palabra escrita me enseñó a escuchar la voz humana,  
un poco como las grandes actitudes inmóviles de las estatuas  
me enseñaron a apreciar los gestos. En cambio, y  
posteriormente, la vida me aclaró los libros.

*Memorias de Adriano, Marguerite Yourcenar*

Enderezar al país no puede ser la obra  
de un hombre o de un grupo,  
sino de una generación.

*Octavio Paz*

## **“El Derecho a la Protección de la Salud y la Rectoría del Estado.”**

INTRODUCCIÓN	I-III
<b>Capítulo 1. Antecedentes</b>	<b>1</b>
1.1. Históricos	1
1.1.1. Siglo XIX	1
1.1.1.1. Constitución de los Estados Unidos Mexicanos de 1824	2
1.1.1.2. Leyes Constitucionales de 1836	2
1.1.1.3. Bases Orgánicas de la República Mexicana de 1843	3
1.1.1.4. Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos de 1857	4
1.1.2. Siglo XX	8
1.1.2.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917	8
1.1.2.2. Reforma Constitucional de 1983	11
<b>Capítulo 2. Marco jurídico y político del Derecho a la Protección de la Salud en México</b>	<b>14</b>
2.1. Derechos Sociales	14
2.2. Base Constitucional	17



2.3. Salud	33
2.4. Sistema de Salud	36
2.5. Federalismo	50
2.6. Salubridad General	61
2.7. Descentralización	66
2.8. Rectoría del Estado	70
<b>Capítulo 3. Federalismo y descentralización en materia de salud</b>	<b>74</b>
3.1. 1982-1988. Primera Etapa	78
3.1.1. Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988	78
3.1.2. Programa Nacional de Salud 1984-1988	81
3.1.3. Instrumentos de la Descentralización	84
3.2. 1994-2000. Segunda Etapa	99
3.2.1. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000	99
3.2.2. Programa Nacional de Salud 1995-2000	101
3.2.3. Instrumentos de la Descentralización	102
3.3. Modelo actual de la prestación de servicios de salud de la Federación y de las Entidades Federativas	112
<b>Capítulo 4. Federalismo Cooperativo</b>	<b>116</b>
4.1. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006	116
4.2. Programa Nacional de Salud 2001-2006	118
4.2.1. Protección Financiera en Salud	119
4.2.2. Federalismo Cooperativo	131
4.2.3. Rectoría de la Secretaría de Salud	142
4.2.4. Participación Social en Salud	145

<b>Capítulo 5. Perspectivas del Derecho a la Protección de la Salud</b>	147
5.1. Rectoría	155
5.2. Financiamiento	
CONCLUSIONES	IV-VII
Bibliografía	i-xiii

## INTRODUCCIÓN

A un país se le reconoce no sólo por la equidad y la justicia de su Estado de Derecho, sino también por el contenido y eficacia de las reglas, principios y mecanismos que hacen posible garantizar los derechos sustanciales del hombre. El Derecho a la Protección de la Salud, más que una simple norma programática que registrará la buena voluntad del Estado de Bienestar; se constituye en un fundamento del Estado Democrático Constitucional.

La democracia implica igualdad de oportunidades; la justa distribución de la riqueza; la participación de la sociedad en la construcción del Estado; la transparencia en la función pública, y la tutela de los derechos fundamentales del ser humano, elementos que permitirán garantizar el Derecho a la Protección de la Salud a través de un Sistema de Salud Democrático.

Arthur Schopenhauer aseveró que *“La salud en un Estado no es lo único, sino es todo”*, a partir de esta consideración, surgió la preocupación de encontrar la naturaleza jurídica del derecho constitucional que se analiza, así como las tendencias de descentralización y políticas de rectoría que se han implementado.

En esta línea de pensamiento, se sostiene la hipótesis de que el Derecho a la Protección de la Salud, como una garantía individual, obliga al Estado no sólo a establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, si no que es necesario que establezca mecanismos presupuestales, financieros y organizacionales que garanticen el derecho subjetivo público antes mencionado.

Para sustentar lo anterior, fue necesario explorar los antecedentes históricos y de desarrollo; la búsqueda se extendió hasta el siglo XIX, en el momento en que nuestro país se convirtió en un Estado independiente. Las distintas formas de organización interna horizontales como verticales que transitaban de un sistema unitario a uno de carácter federal, así como del centralismo a la descentralización, nos permitió conocer el dinamismo de la salud en el espacio constitucional y su trascendencia en la vida nacional.

No lejos de nuestra identidad jurídica se debatía en el contexto internacional los derechos del hombre y del ciudadano, dicotomía que afortunadamente se ha superado. Se establecieron los derechos humanos de carácter civil, político, social y tecnológico. En éstos se encontró el derecho a la salud como un derecho humano de segunda generación y por lo tanto considerado derecho social.

Además, se aborda en el capítulo primero la organización de los servicios de salud, los cuales en su mayoría tuvieron un origen eclesiástico y después de las Leyes de Reforma, formaron parte de la beneficencia pública organizada por el Estado.

Con el propósito de que el lector, tuviese los elementos suficientes para analizar el presente trabajo desde una perspectiva jurídica y política, en el capítulo segundo se examinan los conceptos básicos que integran el Derecho a la Protección de la Salud. Es así como se define la salud, el sistema nacional de salud, el federalismo dual y cooperativo, la descentralización, la desconcentración, la sectorización, el sistema nacional de planeación democrática y el Derecho a la Protección de la Salud.

En el tercer y cuarto capítulos se analizan las políticas públicas en salud, el impacto en el régimen jurídico y los instrumentos legales para su implementación; así como los problemas de legalidad consecuencia de la descentralización y la forma en que se organizó el Estado para garantizar el derecho sustancial multicitado.

En el último apartado de la tesis se consignó la prospectiva del Derecho a la Protección de la Salud, así como la organización jurídica y política de la rectoría del Estado en la materia, con la finalidad de dar cumplimiento real a ese derecho; implementando mejoras en el Sistema Nacional de Salud, así como promoviendo una mayor eficiencia en el manejo de los recursos financieros, procurando la participación de los sectores público, privado y social.

En nuestro tiempo prevalece el criterio de asumir que el Derecho a la Protección de la Salud es una simple declaración retórica que da origen a vagas normas programáticas. Al respecto, pretendo que este trabajo de investigación,

análisis y propuesta se convierta, sino en la antítesis de la postura antes citada, sí en un llamado crítico a la comunidad académica y a la sociedad preocupados por el respeto al Estado de Derecho, el bienestar y el desarrollo social de la República.

Debemos tener claro que la salud es un elemento *sine qua non* para la integración continental, aquella fusión hispanoamericana que representará una nueva expresión de los destinos humanos, a la que hizo referencia José Vasconcelos hace ochenta y dos años, y que diera origen a nuestro escudo universitario y a nuestro lema "*Por mi raza hablará el espíritu*".

Ciudad de México, mayo de 2004.

## **CAPÍTULO 1. Antecedentes**

### **1.1. Históricos**

#### **1.1.1. Siglo XIX**

El Derecho a la Protección de Salud ha tenido una evolución incesante a lo largo de la historia del México independiente. Si bien es cierto que al inicio su concepción no era la de un derecho del gobernado en estricto sentido, también lo es que en él, se aglutinaron definiciones esenciales como el federalismo, salubridad, beneficencia pública y asistencia social.

En el siglo XIX, México libraba una batalla no sólo contra España, sino también en su interior; estaba por definirse la identidad del Estado Moderno<sup>1</sup>. En este debate, temas como el sistema federal o unitario y las libertades esenciales del ser humano estuvieron en el centro de las discusiones políticas del momento.

Es necesario mencionar, que dos grandes influencias existían en las corrientes doctrinarias de la época, la primera fue el triunfo de la Revolución Francesa y la consagración de los derechos humanos en la llamada Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, adoptada por la República Francesa en 1789. El otro gran hito fue la consolidación del proceso de independencia de los Estados Unidos de Norteamérica<sup>2</sup> con la aprobación de su Constitución en 1787, así como la primera enmienda en 1791; ambos acontecimientos políticos establecieron las bases para los sistemas federales y estados liberales<sup>3</sup> en el mundo.

---

<sup>1</sup> El Estado Moderno se formó en la Baja Edad Media y se consolidó en el Estado nacional y soberano, con personalidad y poder político en el siglo XVIII. En este proceso se maduran las nacionalidades de Europa, se establecen las fronteras, existe una evolución económica y social con el mercantilismo, surge la necesidad de un orden, de una organización unitaria de poder. El Estado Moderno nace como soberano, asume y concentra las funciones que en la poliarquía medieval competían a distintas instancias de poder; organiza la hacienda pública, reclama la función de la justicia y se hace cargo de la enseñanza y la beneficencia.

<sup>2</sup> Es necesario mencionar que en la primera de las constituciones norteamericanas, el congreso del Estado de Virginia en las sesiones del 6 de mayo al 29 de junio de 1776, incluyó una declaración de derechos titulada Bill of Rights, conocida como la Declaración de Virginia, de esta manera fue la primera en su género.

<sup>3</sup> El Estado Liberal es aquel en el que se concibe la soberanía como un atributo del pueblo o de la nación, en lugar de la soberanía real; se deriva la democracia como forma de gobierno en lugar del absolutismo, existe el reconocimiento expreso de los derechos humanos a través de declaraciones con validez jurídica positiva, y se plantea un control del poder a través del principio de legalidad y separación de poderes.

### 1.1.1.1. Constitución de los Estados Unidos Mexicanos de 1824

La Constitución publicada el 5 de octubre de 1824, estableció el Sistema Federal como la forma estatal del México Independiente, no sólo por la influencia del pensamiento político de la época, sino como lo apunta el Doctor José Luis Soberanes Fernández en su obra titulada "Historia del Derecho Mexicano" también se debió a los intentos separatistas que habían surgido en las provincias de Jalisco, Yucatán, Internas de Occidente, Querétaro, Guanajuato, Zacatecas, Michoacán y Oaxaca, así como las centroamericanas, las cuales se independizaron.

La mencionada ley fundamental en el tema de la salud no tuvo referencia alguna, sin embargo, de acuerdo con los mecanismos para la distribución de competencias que establecía el sistema federal<sup>4</sup>, le correspondía a los Estados el tratamiento de los asuntos sanitarios.

Lo anterior en razón de que el artículo 50 de la Constitución de 1824, no contemplaba como facultad exclusiva del Congreso General, la relativa a la salubridad<sup>5</sup>, por su parte el artículo 161, fracciones I y II, disponía que los Estados tenían la obligación de organizar su gobierno y administración interior sin oponerse a lo dispuesto por la propia Constitución ni a la acta constitutiva, así como de publicar por medio de sus gobernadores su respectiva constitución, leyes y decretos; además, la sección tercera de la mencionada ley fundamental, relativa a las restricciones de los poderes de los Estados, no restringía las facultades legislativas en el ámbito de la salud.

### 1.1.1.2. Leyes Constitucionales de 1836

El sistema federal, aunque formalmente consagrado en la Constitución, no se había consolidado, razón por la cual en los años treinta del siglo XIX se dio un

---

<sup>4</sup> El artículo 4 de la Constitución Federal de 1824, estableció que "la nación mexicana adopta para su gobierno la forma de república representativa popular federal."

<sup>5</sup> De acuerdo con el maestro Miguel Acosta Romero, en su obra Derecho Administrativo Especial, se entiende por salubridad, al conjunto de servicios gubernamentales, ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o municipio, p. 225.

cambio conceptual en el sistema jurídico y político del Estado Mexicano, con la expedición en 1836 de las Leyes Constitucionales.

Este nuevo régimen constitucional organizó a la República en Departamentos, éstos a su vez en distritos y en su interior en partidos; el ejercicio del poder legislativo se depositaba en un Congreso General de la Nación<sup>6</sup>, el cual entre sus facultades exclusivas, establecidas en el artículo 44 de la Ley Tercera de las Leyes Constitucionales, no contemplaba aspecto alguno sobre la salud.

Sin embargo, el artículo 25 de la Ley Sexta estableció que los ayuntamientos serían los encargados de la policía de salubridad y aunque el centralismo fue durante unos cuantos años la forma de organización política del Estado, lo dispuesto en el artículo mencionado reforzó la idea de que los departamentos<sup>7</sup> eran los responsables de la salubridad.

Una de las razones que lo explican, de acuerdo con el Doctor Diego Valadés<sup>8</sup>, es que los ayuntamientos tenían a su cargo la responsabilidad directa e inmediata de velar por el bienestar comunitario y contaban con mejores posibilidades para hacerlo, en comparación de los distantes gobiernos locales o las autoridades generales.

### **1.1.1.3. Bases Orgánicas de la República Mexicana de 1843**

En el *mare magnum* constitucional del siglo XIX, se publicó el 15 de junio de 1843, una nueva disposición constitucional, las Bases Orgánicas de la República Mexicana. Este nuevo pacto estableció en el artículo 134, fracción XI, la facultad de las asambleas departamentales para cuidar de la salubridad pública y reglamentar lo conveniente para conservarla.

---

<sup>6</sup> Artículo 1 de la Ley Tercera de las Leyes Constitucionales.

<sup>7</sup> Cabe mencionar que de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 22 de la Ley Sexta de las Leyes Constitucionales, había ayuntamientos en las capitales de cada departamento.

<sup>8</sup> Valadés Ríos, Diego. "El Derecho a la Protección de la Salud y el Federalismo", en Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, Miguel Ángel Porrúa, México, 1995, p. 97.



#### 1.1.1.4. Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos de 1857

En 1857 se consolidó una época de transición y de identidad de nuestro país con la Constitución Federal que retomó al sistema federal como forma de organización del Estado<sup>9</sup>. En la materia que nos ocupa, las atribuciones sobre los asuntos de salud se encontraban bajo la fórmula general que estableció el artículo 117, al dictar que las facultades que no estaban expresamente concedidas por esa Constitución a los funcionarios federales, se entendían reservadas a los Estados; asimismo el artículo 72, relativo a las facultades del Congreso, no contemplaba facultad alguna para legislar en el ámbito de la salud.

Por lo anterior eran las entidades federativas, quienes normaban las actividades que repercutían en la salubridad pública, así como en la atención médica. Cabe mencionar que se dio una nueva dimensión en el tema de salud al expedirse las Leyes de Reforma<sup>10</sup>, en especial la de nacionalización de bienes eclesiásticos, expedida el 12 de julio de 1859.

Con dichas disposiciones normativas se secularizó a los hospitales y establecimientos de asistencia social y beneficencia que hasta entonces habían sido administrados por las autoridades o corporaciones eclesiásticas. Es necesario mencionar que la función de asistencia social brindada por las órdenes religiosas, tuvo un impacto significativo en el cuidado de la salud de los mexicanos.

Entre los hospitales de índole asistencial destacan:

El Hospital de la Limpia Concepción de Nuestra Señora, más tarde llamado de Jesús, establecido por Hernán Cortés en 1524 para toda clase de enfermos; el

---

<sup>9</sup> El artículo 40 de la Constitución Federal de 1857, estableció que es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una república representativa, democrática, federal, compuesta de Estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior; pero unidos en una federación establecida según los principios de esa ley fundamental.

<sup>10</sup> La revolución conocida como de Reforma, concluyó con un manifiesto que el presidente constitucional don Benito Juárez, en unión con sus ministros Melchor Ocampo, Manuel Ruiz y Miguel Lerdo de Tejada, emitió a la nación. En este documento se manifestaba que "mas como quiera que esos principios (se refiere a los principios de organización política y constitucionales establecidos en la ley fundamental de 1857) añadía, a pesar de haber sido consignados ya con más o menos extensión en los diversos códigos políticos que ha tenido el país desde su independencia, y últimamente con la Constitución de 1857, no han podido ni podrán arraigarse en la nación, mientras que en su modo de ser social y administrativo se conserven los diversos elementos de despotismo, de hipocresía, de inmoralidad y de desorden que los contrarian, el gobierno cree que, sin apartarse esencialmente de los principios constitutivos, está en el deber de ocuparse muy seriamente en hacer desaparecer estos elementos, bien convencido ya, por la dilatada experiencia de todo lo ocurrido hasta aquí, de que entretanto ellos subsistan, no hay orden ni libertad posibles." Cfr. Riva Palacio, Vicente, México, a través de los Siglos, Cumbre, Tomo IV, México, 1958.

Hospital del Amor de Dios, fundado en el siglo XVI por el fraile Juan de Zumárraga para tratar a pacientes con enfermedades venéreas<sup>11</sup>; el Hospital de San Lázaro, creado en la misma época por el Dr. Pedro López, dedicado al cuidado de los enfermos de lepra<sup>12</sup>; el Hospital Real de Terceros, fundado por la orden de los hermanos terceros de San Francisco de Asís en 1760; el Hospital de San Hipólito, creado por Bernardino Álvarez en el siglo XVI, se dedicaba a proporcionar asistencia médica a convalecientes y, posteriormente, a hombres dementes; su administración estuvo a cargo de la orden hospitalaria de los hipólitos<sup>13</sup>; en 1700, se estableció el Hospital del Divino Salvador, por la Congregación del mismo nombre, se encargó de brindar asistencia hospitalaria y social a mujeres dementes<sup>14</sup>; el Hospital Real de San José de los Naturales, para indígenas; el de Nuestra Señora de los Desamparados, dedicado a la atención de negros, mulatos y mestizos; el Hospital de Montserrat, para auxiliar a los apestados; el de San Andrés para los enfermos pobres<sup>15</sup> y el Hospicio de Pobres fundado como asilo para niños, huérfanos, ancianos y mendigos, a instancia del Dr. Fernando Ortiz de Cortés, chantre<sup>16</sup> de la Catedral de México<sup>17</sup>.

Con la nacionalización de los bienes y, por consiguiente, la responsabilidad pública de los servicios que se prestaban en ellos, el Gobierno de la Unión se encargó de suministrar y mantener los establecimientos de beneficencia y atención médica que se encontraban en el Distrito Federal y de acuerdo con la fórmula constitucional del sistema federal, los gobiernos de los estados fueron responsables en el ámbito estatal.

A finales del siglo XIX, el avance científico y tecnológico de la medicina hicieron que algunos establecimientos asistenciales, instalados en edificios poco adecuados para desarrollar sus funciones y sin reunir las condiciones de salubridad e higiene necesarias, quedaran anticuados y obsoletos; razón por la

---

<sup>11</sup> También se le conoció como Hospital de Bubas.

<sup>12</sup> En 1821, el ayuntamiento de la Ciudad de México se encargó de la administración del nosocomio y en 1862 dejó de funcionar.

<sup>13</sup> En el siglo XIX su administración estuvo bajo la dirección del Ayuntamiento de la Ciudad de México y de la Beneficencia Pública, en 1910 fue clausurado.

<sup>14</sup> Fue nacionalizado en 1861 y en 1910 fue clausurado.

<sup>15</sup> Su administración estuvo a cargo del Arzobispado de México hasta su secularización en 1861.

<sup>16</sup> De acuerdo al Diccionario de la Lengua Española, el chantre es la dignidad de las iglesias católicas, a cuyo cargo estaba antiguamente el gobierno del canto en el coro.

cual en la primera década del siglo XX se contempló realizar un proyecto de modernización que contemplara la construcción de grandes unidades arquitectónicas hospitalarias y asistenciales como lo fueron el Hospicio de Niños, el Hospital General, ambos inaugurados en 1905 y el Manicomio General de "La Castañeda" construido en 1910<sup>18</sup>.

Para dar cabal cumplimiento con las responsabilidades adquiridas en 1861, se creó el Consejo Superior de Salubridad<sup>19</sup> en el Distrito Federal y las Juntas de Salubridad en los Estados. El primero se encargaba de la regulación de los aspectos concernientes a la vacunación; inspección sanitaria de comestibles, bebidas y medicamentos; panteones y hospicios; registro médico y servicios de estadística sobre natalidad, morbilidad y mortalidad. Además vigilaba el ejercicio profesional de la medicina, expedía y registraba los títulos y señalaba las operaciones que se permitía ejercer a los cirujanos, flebotomianos, dentistas y parteras.

A las Juntas Locales de Salubridad les correspondió el control farmacéutico; el examen de médicos cirujanos parteros; la realización de la higiene pública y de campañas locales de vacunación y la administración de hospitales civiles y hospicios.

Durante el proceso de reorganización laica y estatalizada, así como de sostenimiento económico de los servicios de asistencia médica, social y de beneficencia pública, en 1861, el Presidente Benito Juárez, decretó el 2 de febrero, la creación de la Dirección General de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, culminando la secularización de todos los hospitales y establecimientos de beneficencia que hasta esa fecha habían sido administrados por las autoridades o corporaciones eclesiásticas.

El 2 de marzo de 1861, el presidente de la República, dispuso la creación de la Dirección de Fondos de la Beneficencia Pública, dependiente del Ministerio de Gobernación, para ejercer la protección y amparo de todos los hospitales,

---

<sup>17</sup> Los datos expuestos sobre los hospitales creados y administrados por órdenes religiosas o instancias eclesiásticas, fueron extraídos del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, denominado "Fondo histórico de Hospitales y Hospicios".

<sup>18</sup> La información expuesta sobre las instituciones de Beneficencia Pública, fue extraída del Fondo Histórico de Beneficencia Pública de la Secretaría de Salud.

hospicios, casas de corrección y establecimientos de beneficencia desamortizados y los que en un futuro se fundasen en la Ciudad de México.

Durante el Segundo Imperio, las acciones de auxilio a los enfermos y necesitados continuaron; el emperador Maximiliano de Habsburgo organizó el Consejo Central de Beneficencia y una Junta Protectora de las Clases Menesterosas, a fin de proporcionar servicios asistenciales, y la emperatriz impulsó la fundación del Hospital de San Carlos, dedicado a prestar atención médica a la maternidad.

Posteriormente, en la época de la restauración de la República, el general Porfirio Díaz, reorganizó a la Beneficencia, a través de una circular expedida el 23 de enero de 1877. Esta disposición decretó que los establecimientos hospitalarios, de asistencia social y corrección que estaban a cargo del Ayuntamiento desde 1861 y 1862, así como aquellos que se fundarán en un futuro, serían administrados por una junta denominada Dirección General de Beneficencia Pública, dependiente del Ministerio de Gobernación.

A la vez que evolucionaba la Beneficencia Pública, el aspecto regulador y normativo sobre la salud pública también se desarrolló, el Consejo Superior de Salubridad fortaleció sus acciones dirigidas a controlar la higiene pública. En 1872 se expidió un nuevo reglamento del Consejo y en 1879 se creó la Comisión de Epidemiología como una instancia encargada de la vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles. Asimismo se estableció un sistema de información sobre las enfermedades transmisibles, al obligar a todos los médicos registrados a reportar cualquier caso de tifo, tifoidea, cólera, viruela, escarlatina, sarampión o algún otro padecimiento que pusiera en peligro la salud pública. Además de enfermedades endémicas como el paludismo y la fiebre amarilla.

El Consejo Superior de Salubridad no sólo era una instancia encargada del control sanitario y vigilancia epidemiológica, sino que también, como se ha apuntado, era el ente encargado de regular a la salud pública. Esta función normativa tuvo como resultado la expedición del primer Código Sanitario de los

---

<sup>19</sup> Los datos históricos fueron consultados en el acervo del Fondo Histórico de la Salubridad Pública, Secretaría de Salud. Cabe mencionar que dicho Fondo preserva información acerca de la legislación sanitaria, salubridad pública, ejercicio de la medicina y la farmacia, del control sanitario de productos y servicios, entre otros.

Estados Unidos Mexicanos, el 15 de julio de 1891. El Código se estructuró en un título preliminar, el cual organizó a los servicios sanitarios, y de cuatro libros; el primero abordó la administración de la salubridad federal; el segundo, la salubridad local; el tercero, las penas y el último, al procedimiento<sup>20</sup>.

Con la entrada en vigor del Código Sanitario, el Gobierno Federal ejerció facultades que la Constitución no le otorgaba, al organizar y llevar a cabo actividades sanitarias en todo el territorio nacional; por lo que para subsanar esa incongruencia normativa, el Ejecutivo envió al Congreso una iniciativa de reforma constitucional. Dicha iniciativa planteó la adición de la fracción XXI al artículo 72 de la Constitución Federal de 1857, para que el Congreso tuviera facultad para legislar sobre la salubridad pública en las costas y fronteras.

No obstante, el Congreso modificó la iniciativa presentada por el Ejecutivo y amplió el alcance de la reforma, al sustituir la expresión "salubridad pública en las costas y fronteras" por la de "salubridad general de la República"<sup>21</sup>.

## **1.1.2. Siglo XX**

### **1.1.2.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917**

Posteriormente, en 1916, el texto de la fracción citada formó parte del proyecto enviado al constituyente por don Venustiano Carranza, como la fracción XVI del artículo 73.

En el análisis y discusión del proyecto, los diputados José M. Rodríguez y Miguel Alonso Romero, de Coahuila y Yucatán respectivamente, propusieron adicionar a la fracción con cuatro bases:

1ª. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2ª. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el País, el Departamento de

<sup>20</sup> Cfr. Acosta Romero, Miguel, Derecho Administrativo Especial, Porrúa, Tomo II, México, 1999, pp. 234 y 235.

Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3ª. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.

4ª. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degenera la raza, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan.

Los legisladores justificaron su adición en la necesidad y urgencia de establecer esos cambios en los casos de las epidemias de fiebre amarilla y de meningitis que se habían producido unos años antes y que no fue posible contrarrestar por haber carecido de instrumentos jurídicos adecuados.

Cabe mencionar que después de la promulgación de la Constitución de 1917, la función reguladora y de control sanitario que era ejercida por el Consejo Superior de Salubridad fue asumida por el Departamento de Salubridad Pública, el cual se constituyó como un ente normativo y ejecutivo en materia de higiene y asuntos sanitarios.

En los años siguientes, se creó el marco jurídico que permitiría a la Federación participar en acciones de salubridad general con los estados, como es el caso de la publicación el 6 de marzo de 1926 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y en la siguiente década, el 25 de agosto de 1934, la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República.

En la exposición de motivos de la ley antes mencionada, se consideró que era de gran urgencia coordinar los servicios sanitarios federales y locales, desde un punto de vista técnico sanitario, dentro de los preceptos de una ley dada con el fin de proporcionar una base firme a la coordinación y con la tendencia de evitar invasiones de las autoridades citadas en sus respectivos campos de acción y de obtener el mejoramiento del servicio público de salubridad, para que no sufrienda

---

<sup>21</sup> La reforma constitucional fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de noviembre de 1908.

así las consecuencias de la falta de armonía en las disposiciones de las mismas autoridades y que se haría extensivo a las regiones apartadas de las entidades federativas donde por falta de coordinación no había llegado una acción sanitaria constante<sup>22</sup>.

La ley antes citada, declaró de interés público para la salubridad general de la República la unificación, la coordinación y la cooperación en materia de servicios sanitarios, en lo que pueda afectar a la Federación; para lo cual se facultó al jefe del Departamento de Salubridad Pública para celebrar convenios, a nombre de la Federación, con los Gobiernos de las entidades de la República, con los Ayuntamientos y con los particulares, las sociedades nacionales y extranjeras.

Se puede considerar que ese ordenamiento fue el primer intento por parte del Gobierno Federal para adoptar una política sanitaria nacional, en virtud de que la coordinación de servicios entre las autoridades federal, local y municipal, tenía como objeto la aplicación de una política sanitaria general en la República; la observancia de principios técnicos uniformes en las actividades federales, locales y municipales; la unificación de los procedimientos que seguirán las autoridades sanitarias en toda la Nación y la consecución de las finalidades sanitarias que requiera el bien público.

Por lo que respecta a la Beneficencia Pública se reorganizó hasta 1937 con la creación de la Secretaría de la Asistencia Pública.

En esa misma década, se inició la organización de los Servicios Sanitarios Coordinados en los Estados y Territorios, que mediante convenio entre el Departamento de Salubridad Pública y los gobiernos estatales fusionaban al personal de ambas partes, con el propósito de poner en práctica una política sanitaria general en todo el país, aplicar principios técnicos homogéneos y uniformar los procedimientos. Cada uno de los servicios sanitarios estaba integrado por una oficina central, centros de higiene y unidades sanitarias.

Finalmente, las vertientes asistenciales y de salud pública se unificaron el 18 de octubre de 1943, cuando se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

---

<sup>22</sup> Primer Considerando de la Publicación en el Diario Oficial de la Federación.

En cuanto a la facultad reglamentaria del Ejecutivo Federal en materia de salud, su actividad fue elocuente, en virtud de que desde la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 hasta la publicación de la Ley General de Salud, se expidieron cinco Códigos Sanitarios<sup>23</sup>.

Sin embargo, en la década de los setenta se hizo patente la necesidad de reformar el marco jurídico de la salud en nuestro país, en virtud de que los convenios de coordinación sobrepasaban las facultades de la Federación, invadiendo la esfera competencial de las Entidades Federativas, además existía duplicidad de funciones entre las instituciones de seguridad social y los servicios de salud que prestaba la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

#### **1.1.2.2. Reforma Constitucional de 1983**

En diciembre de 1982, el Ejecutivo Federal presentó una iniciativa para elevar a rango constitucional el Derecho a la Protección de la Salud, con el propósito de que una ley general distribuyera las facultades entre la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, por esta razón en la exposición de motivos se manifestó: *“La iniciativa que presentamos a esta Honorable Cámara responde al propósito de revertir el proceso centralizador que desde principios de siglo se iniciara en materia de salud y que ha llevado a que la Federación tomó responsabilidades que pertenecen por su naturaleza a las jurisdicciones local y municipal. La Ley Sanitaria ha desvirtuado el ámbito de la salubridad general, que concibió el Constituyente de Querétaro, y con los Convenios de Servicios Coordinados de Salud Pública tradiciones, prácticamente se ha liquidado el carácter concurrente de la materia sanitaria.”*

Además, se pretendió que en la misma ley se definieran las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, reconociendo la 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. En virtud de lo anterior, se buscó que a través

<sup>23</sup> Publicados en el Diario Oficial de la Federación el 6 de marzo de 1926; el 31 de agosto de 1934; 31 de diciembre de



de un Sistema Nacional de Salud, la autoridad sanitaria coordinara a las instituciones de salud y seguridad social, sin perjuicio de su carácter de organismos descentralizados, con la finalidad de evitar duplicidades y contradicciones, buscando la eficiencia en la administración de los recursos destinados al Derecho a la Protección de la Salud.

En este sentido, el Ejecutivo Federal expresó *“La descoordinación de las distintas dependencias y entidades públicas que actúan en el campo de la salud, genera duplicidades, contradicciones, dispendio de esfuerzos, derroche de recursos y pérdida de tiempo, siempre en perjuicio de México y los mexicanos.”*

Los legisladores determinaron en el dictamen de la multicitada iniciativa que ésta respondía a la exigencia social de dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no a sus recursos; además consideraron que *“Para que el Estado de derecho tenga vigencia plena es necesario basar en el marco constitucional sus acciones de gobierno; el derecho constitucional a la protección de la salud es el compromiso político que el Estado asume frente a los mexicanos para dar cumplimiento cada vez con mayor cobertura a este derecho social: es el instrumento político, social y jurídico que obliga al poder público y a sus instituciones a cumplir con su responsabilidad social; el derecho a la protección de la salud es una responsabilidad del Estado frente a los individuos, pero también requiere conjugar esfuerzos y distribuir con equidad los compromisos entre sociedad civil y sociedad política.”* Por lo que reconocieron que la salud es un derecho humano en cualquier sociedad, adquiere rango jurídico y político, cuando se le consagra como una garantía constitucional y con ello se responsabiliza al Estado de protegerlo.

El 4 de febrero de 1983, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la reforma que elevó a rango constitucional el Derecho a la Protección de la Salud, la cual sirvió como base para expedir la Ley General de Salud, abrogando el Código Sanitario de 1973 y a la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República, se estableció un nuevo marco jurídico a la salud en nuestro país.

---

1949; el 1 de marzo de 1955 y el 13 de marzo de 1973.

En la década de los ochenta, el gobierno federal integró el Sistema Nacional de Salud; impulsó el fortalecimiento de sistemas estatales de salud a través de las jurisdicciones sanitarias; promovió la descentralización de los servicios de salud hacia las entidades federativas; reforzó la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y estableció una política nacional en la materia, constituyéndose como el ente rector.

A mediados de los noventa, bajo el programa federal "El Nuevo Federalismo" se retomó la descentralización, concluyéndose ésta en 1996 con la firma del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud y los acuerdos de coordinación con las respectivas entidades federativas.

Actualmente, el Ejecutivo Federal ha planteado cinco objetivos en el área de desarrollo social y humano del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, entre los que destacan: i) Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud; ii) Abatir las desigualdades en salud y iii) Fortalecer al sistema de salud. Bajo este esquema, el 21 de septiembre de 2001, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, el cual establece en tres retos los objetivos del Gobierno Federal, que son: Equidad, Calidad y Protección Financiera.

Lo anterior, se logrará siempre y cuando se fortalezca el Sistema Nacional de Salud en la prestación de servicios; se consoliden nuevos esquemas de financiamiento; se ejerza la rectoría del Estado en la materia a través de una política nacional que integre a las instituciones del sector salud, los servicios estatales y las instituciones de seguridad social, además de su función normativa y se incremente la generación de recursos para la salud.

La búsqueda de un Sistema de Salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo, se obtendrá, necesariamente, si se considera al Estado como el garante del Derecho a la Protección de la Salud, a través de su función pública y el ejercicio de la tutela jurisdiccional que le corresponde, en el caso, del citado derecho subjetivo público.

## CAPÍTULO 2. Marco jurídico y político del Derecho a la Protección de la Salud en México

### 2.1. Derechos Sociales

Como se comentó en el capítulo anterior, la Declaración de Derechos de Virginia, así como la de los Derechos del Hombre y del Ciudadano fueron origen, no sólo de una transformación política y jurídica del Estado, sino que también se constituyeron en el momento fundacional de los Derechos Humanos.

El estudio de los Derechos Humanos se ha dividido en tres horizontes, el primero denominado Derechos Político-Civiles o de primera generación; el segundo llamado Derechos Sociales o de segunda generación; y por último, los conocidos como Derechos Difusos o Transpersonales o de tercera generación.

La primera generación son aquellos derechos relacionados directamente con el hombre en lo individual, concebido a través del Estado como ciudadano; son los derechos de libertad personal, de creencia, de pensamiento, de reunión, entre otros. Los Derechos Sociales, nacen una vez terminado el siglo XIX y consideran al hombre como miembro de un sector o clase social, su objetivo es equilibrar los intereses con la desigualdad social y económica. Los Derechos Difusos, consideran al ser humano como un ente colectivo, se relacionan, entre otros, con el medio ambiente, los asentamientos humanos, con el derecho a la información, al consumo y a la cultura.

Los Derechos Humanos de segunda generación modificaron la estructura del Derecho Constitucional, al incluir al Derecho Social como una de sus ramas. Al respecto Gonzalo Moctezuma Barragán en su obra "Derechos de los usuarios de los servicios de salud", cita a Héctor Fix Zamudio, quien afirma que *"El derecho social es el conjunto de normas jurídicamente nacidas con independencia de las ya existentes, y en situaciones equidistantes respecto de la división tradicional del derecho público y del derecho privado, como un tercer sector, una tercera dimensión, que debe considerarse un derecho de grupo, proteccionista de los núcleos más débiles de la sociedad, un derecho de integración, equilibrado y comunitario."*

Por lo tanto se puede concebir al Derecho Social como el conjunto de normas jurídicas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores a favor de grupos de la sociedad integrados por individuos socialmente débiles, para lograr su convivencia con las otras clases sociales, dentro de un orden jurídico<sup>24</sup>.

En este orden de ideas, Jorge Carpizo ha manifestado que *“Los derechos sociales aseguran al hombre que vivir no es sinónimo de sufrir, y le dan aliento para gozar de la existencia y tratar de superarse. La idea de los derechos sociales lleva implícita la noción de: a cada cual según sus posibilidades y sus necesidades, a partir del concepto de igualdad de oportunidades.”*<sup>25</sup>

No obstante, es necesario considerar que los derechos humanos *per se* no son reconocidos por el Estado como garantías individuales, por lo que es esencial que la norma fundamental los reconozca dándole esa categoría o en su caso, como garantías sociales; asegurando así su observancia y proveyendo lo necesario para su realización.

Al respecto Jorge Carpizo en su obra *“La Constitución Mexicana de 1917”* cita un discurso de José Natividad Macías en el cual expresa que *“Las constituciones no necesitan declarar cuáles son los derechos; necesitan garantizar de la manera más completa y más absoluta (sic) todas las manifestaciones de la libertad. Por eso deben otorgarse las garantías individuales.”* Por lo que el autor antes citado, concluye que *“(…) los derechos del hombre son ideas generales y abstractas, las garantías, que son su medida, son ideas individualizadas y concretas.”*<sup>26</sup>

En nuestro sistema constitucional es el artículo primero de nuestra ley suprema, él que dispone que *“en los Estados Unidos Mexicanos, todo individuo gozará de las garantías que otorga la Constitución, las cuales no podrán suspenderse ni restringirse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.”*<sup>27</sup>; de la misma manera, establece: *“Queda prohibida toda*

---

<sup>24</sup> Cfr. Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, CDDHCU – UNAM, México, 2000, pp. 3 y 4.

<sup>25</sup> Carpizo, Jorge, *La Constitución Mexicana de 1917*, 4ª Edición, UNAM, México, 1980, p. 161.

<sup>26</sup> *Ibid.*, pp. 153 y 154.

<sup>27</sup> Respecto a la suspensión de garantías. Cfr. artículos 29, 73, fracción XVI, base 2ª y 4ª de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y *Semanario Judicial de la Federación*, Quinta Época, Segunda Sala, Tomo CI, p. 1656.

*discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y las libertades de las personas*”, estableciendo la garantía de igualdad, que servirá como base para el disfrute y tutela de los derechos sociales, como lo asevera Luis Prieto Sanchis en la obra “Los Derechos Sociales y el Principio de Igualdad”<sup>28</sup>.

De acuerdo con Ignacio Burgoa, las garantías individuales se han reputado históricamente como aquellos elementos jurídicos que se traducen en medios de salvaguarda de las prerrogativas fundamentales que el ser humano debe tener para el cabal desenvolvimiento de su personalidad frente al poder público.

Esta potestad de reclamar al Estado y a sus autoridades el respeto a las prerrogativas fundamentales del hombre, como lo apunta Ignacio Burgoa, constituye el derecho subjetivo público. Es precisamente este elemento, lo que distingue a las garantías individuales de las sociales; en estas últimas, el Estado solo debe aportar los elementos jurídicos, políticos y programáticos para que la población acceda a los Derechos contemplados en esas garantías, v. gr. el Derecho al Protección de la Salud, a la reproducción, a la vivienda, entre otros.

Por lo tanto, de acuerdo con la doctrina, los derechos sociales establecidos en la constitución son normas programáticas que imponen al Estado obligaciones de hacer, es decir, el Estado debe generar las condiciones necesarias para que el Derecho Social pueda ejercerse; son de carácter declarativo; no son accionables, carecen de tutela jurisdiccional y son normas impropias, en tanto que no son coercibles para su cumplimiento.

---

Octava Época, Informe 1988, Primera Parte, Pleno, Tesis, p. 830.

<sup>28</sup> Prieto Sanchis, Luis: “Los Derechos Sociales y el Principio de Igualdad”, en Derechos Sociales y Derechos de las Minorías, UNAM - Porrúa, México, 2001, p. 30. El autor concibe a los derechos sociales como derechos prestacionales, éstos son expresiones concretas de la igualdad sustancial pues consisten en dar o en un hacer a favor de algunos individuos según ciertos criterios que introducen inevitablemente desigualdades normativas. La igualdad de hecho genera obligaciones más complejas, de organización, procedimiento y prestación; y, en fin, mientras que la igualdad jurídica se manifiesta en una posición subjetiva, la igualdad sustancial se vincula más bien el principio objetivo del Estado social y sólo muy costosamente permite diseñar posiciones subjetivas de desigualdad jurídica o normativa.

## 2.2. Base Constitucional

Como se apuntó anteriormente, en 1983 se llevó a cabo una reforma constitucional que en opinión de Gonzalo Moctezuma Barragán<sup>29</sup>, buscó dotar de un marco programático sólido para que la actividad gubernamental se encaminara a dar protección a la salud a todos los mexicanos, con la participación de la sociedad e individuos beneficiarios.

*“El crecimiento de la población, el fenómeno de la concentración en las grandes urbes y la crisis económica fueron algunos de los factores que el Constituyente Permanente tomó en consideración 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.”<sup>30</sup>*

En este sentido, el Ejecutivo Federal en la exposición de motivos antes citada, expresó *“La custodia, restauración y mejoramiento de la salud no es tarea que pueda eficazmente atender el Estado, si no concurren los propios interesados; se trata de una responsabilidad que atañe a todos y cada uno de los mexicanos y que está estrechamente vinculada a lo cultural.”* Por lo que el Derecho a la Protección de la Salud es un compromiso conjunto entre la sociedad y las instituciones públicas de salud; el Ejecutivo Federal agregó *“(…) sin la participación inteligente, informada, solidaria y activa de los interesados no es posible que se conserve, recupere, incremente y proteja la salud: en este terreno no se puede actuar en contra de la conducta cotidiana de los ciudadanos.”*

La reforma consistió en adicionar un párrafo al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en donde se estableció:

*“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley*

---

<sup>29</sup> Moctezuma Barragán, Gonzalo, op. cit.

*definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”*

Al respecto, Rodolfo Lara Ponte<sup>31</sup> señala que se trata de:

*“(…) una declaración donde convergen garantías individuales y sociales, que para el logro de su eficiencia requieren de la participación concurrente del individuo, la sociedad y el Estado, entendiendo que la protección de la salud como un elemento de asistencia armónica solamente factible en la medida del aseguramiento de otros derechos asistenciales básicos asociados a ella. (...)*

*Justamente por la responsabilidad compartida que implica, por su vinculación al desenvolvimiento de otros derechos, por las posibilidades realistas de nuestro desarrollo y, finalmente, porque la salud en sentido estricto puede protegerse pero no garantizarse por el Estado, desde la iniciativa misma se planteó como una norma programática.”*

La Ley Fundamental contempló que la norma secundaria estableciera 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 la propia Constitución.

Lo anterior motivó que ha iniciativa del Ejecutivo Federal, se promulgara la Ley General de Salud<sup>32</sup>, estableciendo el marco jurídico para la reforma sanitaria de la década de los ochenta.

En ley general antes citada, se determinó las finalidades del Derecho a la Protección de la Salud<sup>33</sup>, se definió y clasificó a los servicios de salud<sup>34</sup>, se

---

<sup>30</sup> Moctezuma Barragán, Gonzalo, *op. cit.* p. 216.

<sup>31</sup> Lara Ponte, Rodolfo, “Comentario al artículo 4° Constitucional”, en *Derechos del Pueblo Mexicano. México a través de sus Constituciones*, Cámara de Diputados-Miguel Ángel Porrúa, México, 1994, pp. 1154 y ss.

<sup>32</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de febrero de 1984.

<sup>33</sup> El artículo 2° de la Ley General de Salud, señala, entre otras finalidades las siguientes: i) El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; ii) La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida

estableció cuáles son básicos<sup>35</sup>; se fijó una clasificación de los prestadores de los mismos y, con base en ella, se señaló a los grupos de población que deben atender y las condiciones bajo las cuales deben hacerlo, comprendiendo tanto a instituciones públicas como sociales y privadas<sup>36</sup>. Adicionalmente, definió quienes son los usuarios de los servicios y reconoció que independientemente de su situación económica, las personas tienen derecho a servicios públicos de calidad, los cuales deberán estar orientados por los criterios de universalidad, solidaridad social y gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

El contenido de la Ley General de Salud se puede agrupar en cinco categorías: las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; la separación de competencias entre la Federación y los estados<sup>37</sup>; la definición de los rubros específicos de salubridad general; el control sanitario, y las Sanciones administrativas y delitos especiales.

La Ley General de Salud contiene otros temas importantes que es necesario mencionar. En el artículo 4º se establece que las autoridades sanitarias son el Presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los gobiernos estatales, incluyendo al Distrito Federal; en el artículo 5º se define al Sistema Nacional de Salud<sup>38</sup>; por su parte en el artículo 7º se enuncian las atribuciones de la Secretaría de Salud como ente coordinador del Sistema Nacional de Salud, entre sus funciones destacan las de establecer y conducir la política nacional en materia de salud; coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la administración pública federal, e impulsar la desconcentración y descentralización, así como formular

---

humana; iii) La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; iv) La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; v) El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, etc.

<sup>34</sup> Se clasifican en tres tipos: i) atención médica, es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud; ii) salud pública, se divide en dos vertientes, la de vigilancia epidemiológica y la de sistemas de salud; la primera de ellas se encarga de estudiar las causas-efecto de las enfermedades transmisibles en la población, y la segunda, analiza la forma de organización y respuesta de la sociedad frente a los problemas de salud; iii) asistencia social, es el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

<sup>35</sup> Cfr. artículo 25 de la Ley General de Salud.

<sup>36</sup> Cfr. artículos 34, 35, 37, 38, 39, 40 y 41 de la Ley General de Salud.

<sup>37</sup> Cfr. artículos 3 y 13 de la Ley General de Salud.

<sup>38</sup> De acuerdo con a la Ley General de Salud, está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones.



recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de recursos que requieran los programas de salud.

Por su parte, el artículo 9º obliga a los estados a establecer sistemas estatales de salud y a responsabilizarse de su planeación, organización y desarrollo; el artículo 13 distribuye competencias entre Federación y estados, y los artículos 18 y 21 establecen las bases para los acuerdos de coordinación entre la Federación y las entidades federativas.<sup>39</sup>

Como se ha analizado, la reforma constitucional de 1983, no sólo elevó a rango constitucional el Derecho a la Protección de la Salud, sino que también se construyó un sistema jurídico que le da contenido y validez, por lo que es necesario que en una sociedad plural, constituida en un Estado Constitucional Democrático de Derecho, la evolución de los derechos subjetivos públicos y su marco axiológico se encuentren en el contexto del respeto a los derechos humanos, desde un punto de vista tanto ético como jurídico. La juridificación de la ciencia<sup>40</sup>, que se acentúa cada vez más en el ámbito de la salud, requiere de concreciones y bases sólidas, las cuales pueden plasmarse en reglas de muy diverso tipo: desde las constitucionales hasta las normas deontológicas, las reglas de buena praxis médico científica y los protocolos de investigación<sup>41</sup>.

En el debate para la aprobación de la Ley General de Salud, realizado en la Cámara de Diputados el 15 de diciembre de 1983, el Diputado Amador Izundegui Millán consideró:

*“Para que el Estado de Derecho tenga vigencia plena es necesario basar en el marco constitucional sus acciones de gobierno; el derecho constitucional a la protección de la salud es el compromiso político que el Estado asume frente a los mexicanos para dar cumplimiento cada vez con mayor cobertura a este derecho social:*

---

<sup>39</sup> Cabe mencionar que la diferencia entre los acuerdos de coordinación contemplados en el artículo 18 con los establecidos en el artículo 21, ambos de la Ley General de Salud, es que los primeros son aquellos por medio de los cuales, se da participación a las entidades federativas para el ejercicio de facultades de salubridad general pertenecientes a la Federación, por su parte, el último precepto se refiere a los instrumentos consensuales, que sirvieron como base para la descentralización de los servicios de salud en la década de los ochenta y noventa.

<sup>40</sup> Cfr. Atienza, Manuel, “La Juridificación de la Ciencia”, en Bioética y Derecho. Fundamentos y Problemas Actuales, Vázquez, Rodolfo (comp.) FCE, México, 1999.

<sup>41</sup> Moctezuma Barragán, Gonzalo, “Técnica Legislativa en el Ámbito de la Salud”, en Propuestas de Reformas Legales e Interpretación de las Normas Existentes, Themis, Barra Mexicana, Colegio de Abogados, Colección Foro de la Barra Mexicana, Tomo II, México, 2002, p. 1499.

*es el instrumento político, social y jurídico que obliga al poder público y a sus instituciones a cumplir con su responsabilidad social; el derecho a la protección de la salud es una responsabilidad del Estado frente a los individuos, pero también requiere conjugar esfuerzos y distribuir con equidad los compromisos entre sociedad civil y sociedad política.*

*La salud es un derecho humano en cualquier sociedad. Pero adquiere rango jurídico y político, cuando se le consagra como una garantía constitucional y con ello se responsabiliza al Estado de protegerlo. Cuando se consagra constitucionalmente un derecho como el de protección de la salud, el pueblo espera que los poderes públicos se esfuercen con tenacidad por darle efectividad en el corto plazo. No hacerlo así, irremediablemente conduce al descrédito del gobernante y a la frustración del gobernado.”*

El Derecho a la Protección de la Salud, por lo expuesto, se integra por los elementos siguientes:

- a) Corresponsabilidad. El Estado, la sociedad y el individuo están obligados a proveer la protección de la salud.  
Aun cuando cualquier derecho debe ser cumplido por el Estado y la sociedad, esto no exime al Estado de su responsabilidad de convertirse en garante de derechos. La expresión Derecho a la Protección de la Salud se ha desvirtuado para señalar que el derecho concluye con la protección genérica del Estado y no así con la participación social.
- b) Derecho sustancial. Es inherente a todo ser humano, busca de dotar de igualdad de oportunidades al individuo y a grupos sociales para el desarrollo y bienestar social<sup>42</sup>.
- c) Federalismo cooperativo. La distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas responde a una ley del Congreso de la Unión.

---

<sup>42</sup> Últimamente se ha regresado al viejo debate iniciado por Thomas Marshall después de la segunda guerra mundial, en el cual fundamenta la acción del Gobierno en la condición de ciudadanía.

d) Norma programática o mandato de optimización. El Gobierno podrá dar cumplimiento en diferente grado, no prescribe una conducta concreta, sino la obligación de cumplir cierto fin, en la medida que el desarrollo social y económico lo permitan.

Si seguimos la premisa de Dworkin de tomar los derechos en serio, ningún derecho puede interpretarse en forma restrictiva, por lo cual no es factible considerar a un derecho (que corresponde a una sociedad) como una regla de conducta dirigida a un actor público. Aunado a lo anterior, la estructura de los derechos es diferente a la estructura de las reglas jurídicas, como son los mandatos a autoridades. En la materia, la estructura normativa corresponde a un derecho.

Respecto al último elemento, existe una disquisición asimétrica entre la doctrina y la interpretación constitucional que hace la Suprema Corte de Justicia del Nación, en virtud de que los primeros han catalogado y definido al Derecho a la Protección de la Salud como un derecho social, por lo tanto no accionable, es decir no se goza de un sistema jurisdiccional que tutele su debido cumplimiento. Sin embargo, criterios reiterados, la Suprema Corte le ha otorgado el status de garantía individual, como se desprenden de las tesis siguientes:

**SALUD, EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTÍA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTÍCULO 4º CONSTITUCIONAL, COMPRENDE LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y SU SUMINISTRO POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS.**

La Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud que consagra el artículo cuarto., Párrafo cuarto de la Carta Magna, establece en sus artículos 2o, 23, 24, fracción I, 27, fracciones III y VIII, 28, 29 y 33, fracción II, que el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga las necesidades de la población; que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; que los servicios de salud se clasifican en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social; que son servicios básicos de salud, entre otros, los consistentes en: a) la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de

rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, definiéndose a las actividades curativas como aquellas que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y b) la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud para cuyo efecto habrá un cuadro básico de insumos del sector salud. Deriva de lo anterior, que se encuentra reconocido en la Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud, el que tal garantía comprende la recepción de los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad, como parte integrante del servicio básico de salud consistente en la atención médica, que en su actividad curativa significa el proporcionar un tratamiento oportuno al enfermo, lo que incluye, desde luego, la aplicación de los medicamentos básicos correspondientes conforme al cuadro básico de insumos del sector salud, sin que obste a lo anterior el que los medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención por parte del sector salud, pues éstas son cuestiones ajenas al derecho del individuo de recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de su enfermedad, como parte integrante del derecho a la protección de la salud que se encuentra consagrado como garantía individual, y del deber de proporcionarlos por parte de las dependencias y entidades que prestan los servicios respectivos.

Novena Época, Semanario judicial de la Federación, Pleno; Tomo XI, marzo de 2000, Tesis XIX/2000, p. 112.

### **SALUD, DERECHO A LA. LA AUTORIDAD DEL RAMO NO PUEDE NEGARSE A PROPORCIONAR TRATAMIENTO A UN PROCESADO.**

Si conforme a lo establecido por el artículo 4o. de la Constitución General de la República, toda persona tiene derecho a la protección de su salud y acceso a los servicios correspondientes, el quejoso tiene tal derecho, lo que se traduce en recibir el tratamiento requerido. Luego, con el hecho de que el secretario de Salud del Estado de Tlaxcala, no proporcione la atención médica a un procesado y niegue su traslado a un hospital especializado, es inconcuso que viola esa garantía individual consagrada en el párrafo cuarto del artículo 4o. de la Constitución General de la República.

Novena Época, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo: II, Diciembre de 1995, Tesis: VI.2o.37 P, Pág. 574.

### **REVISION, IMPORTANCIA Y TRASCENDENCIA DEL ASUNTO EN EL RECURSO DE, INTERPUESTO POR LA UNIDAD ADMINISTRATIVA**

## **ENCARGADA DE LA DEFENSA DE LA SECRETARIA DE SALUD EN QUE SE CONTROVIERTE LA RESPONSABILIDAD DE UN MEDICO.**

(...) Ciertamente, el derecho a la salud o la vida, no es sólo un bien meramente individual, sino que también lo es social y tan es así, que es contemplado en nivel nacional, como una garantía individual (artículo 4o. constitucional) y en nivel internacional como uno de los derechos humanos consagrados en la Carta de San Francisco. (...)

Octava Época, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo: VI, Segunda Parte-2, Julio a Diciembre de 1990, p. 645

## **SALUD, DERECHO A LA. TRANSGREDE EL, CUANDO NO SE ORDENA EL TRATAMIENTO SOBRE LA ADICCION DE UN SENTENCIADO TOXICOMANO.**

Se transgrede el sentido del artículo 4o. constitucional, que consagra el derecho a la salud, así como lo estatuido en el precepto 194, fracción IV del Código Penal Federal, cuando en un delito contra la salud, al sentenciarse a un acusado que es toxicómano adicto al consumo de enervantes o estupefacientes, la responsable ordenadora omite dejarlo a disposición de la autoridad sanitaria para su tratamiento.

Octava Época, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo: 57, Septiembre de 1992, Tesis Jurisprudencial I.2o.P. J/44, Pág. 43.

Es importante destacar que conceptualizar el Derecho a la Protección de la Salud como una norma programática le extrae el carácter normativo. José Ramón Cossío ha hecho hincapié en esto, al señalar que la concepción de la Constitución ligada a la revolución, provocó la consideración de los derechos sociales como programáticos, lo que eliminó su carácter normativo<sup>43</sup>. Los derechos sociales se tornaron ideológicos, no jurídicos, y por consiguiente no accionables.

Ferrajoli<sup>44</sup> menciona que la enunciación constitucional de los derechos sociales a prestaciones públicas positivas no se ha visto acompañada de la elaboración de garantías suficientes, es decir, de técnicas de defensa y de tutela

<sup>43</sup> Cossío Díaz, José Ramón, Régimen autoritario y dogmática constitucional, ITAM - Porrúa, México, 2001, pp. 130-131.

<sup>44</sup> Ferrajoli, Luigi, Derechos y garantías. La ley del más débil, 2<sup>o</sup> ed., Trotta, España, 2001, pp. 63-64.

jurisdiccional similares a las aportadas por los derechos individuales. Sin embargo, para este autor, es posible avanzar en esa dirección.

De tal suerte que los derechos sociales pueden ser garantizables del mismo modo que los demás derechos, reconocidos como garantías individuales. Al respecto Cruz Parceró<sup>45</sup> sostiene que el hecho de que los derechos sociales sean normas jurídicas que vinculan a los poderes públicos, en principio nada impide que sean invocados en cualquier instancia jurisdiccional.

En otros términos, es posible establecer garantías a los derechos sociales. Se considera factible llegar a este contenido, no sólo a través de prestaciones gratuitas, obligatorias y automáticas, sino también con el establecimiento de condiciones constitucionales que obliguen a la autoridad a garantizar tales derechos a través de cuotas mínimas presupuestales asignadas a diversas partidas de gasto público y su fiscalización.

Es de destacar que la satisfacción de los derechos sociales es costosa y exige la distribución adecuada de recursos. Se trata de la lucha para la satisfacción de una exigencia social “Dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no a sus recursos.”

Según Cruz Parceró, los derechos sociales, pueden configurarse como reglas jurídicas, como principios o como directrices. En ese sentido, cuando se establece una obligación, un permiso o una prohibición estamos en presencia de una regla; cuando se establecen características o criterios se esta en presencia de un principio; y cuando se señala en forma abierta tanto sus condiciones de aplicación como un modelo de conducta a seguir, estamos en presencia de una directriz.<sup>46</sup>

En el Derecho a la Protección de la Salud, cuando se impone al Estado la obligación de legislar en materia de salud, se está en presencia de una regla. No obstante, para que el marco estructural del derecho que se analiza sea pleno, es menester que se establezcan reglas adicionales, que contemplen el marco de financiamiento, la fiscalización de los recursos, el contenido mínimo del derecho,

---

<sup>45</sup> Cruz Parceró, Juan Antonio, “Los derechos sociales como técnica de protección”, en Derechos Sociales y Derechos de las Minorías, UNAM - Porrúa, México, 2001, p. 94.

<sup>46</sup> Sobre la Teoría de los Principios, Cfr. Robert Alexy en Derecho y Razón Práctica. Fontamara, México, 2002.

normas de participación social, así como principios rectores de la actividad y, muy importante, directrices claras de cual es el objetivo final.

Por otra parte, debe destacarse, siguiendo a Alexy<sup>47</sup>, la estructura de los derechos sociales, la que se compone de tres criterios: primero, que puede tratarse de normas que confieren derechos subjetivos o de normas que obligan al Estado sólo objetivamente. El segundo criterio refiere que pueden ser normas vinculantes o no vinculantes, lo cual dependerá de la posibilidad de impugnarlas jurisdiccionalmente. Finalmente, las normas pueden ser fundamentalmente derechos definitivos o directrices. Lo anterior da como resultado ocho tipos distintos de derechos sociales:

Vinculante				No vinculante			
Derecho Subjetivo		Obligación Objetiva		Derecho Subjetivo		Obligación Objetiva	
Def	Directriz	Def	Directriz	Def	Directriz	Def	Directriz
1	2	3	4	5	6	7	8

Un Estado será más garantista en la medida que los derechos sociales se acerquen más al número uno y se alejen más del número ocho, en cuanto al Derecho a la Protección de la Salud de acuerdo con la doctrina mexicana expuesta es un derecho de la categoría ocho toda vez que no es una norma vinculante (en razón de ser una disposición programática), no es un derecho subjetivo público para las personas y, finalmente sólo se trata de una directriz para el Estado. Sin embargo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha emitido criterios en donde se ubica a este derecho en la categoría uno, como un derecho subjetivo público, vinculante y definitivo.

En este sentido, uno de los aspectos a considerar para apreciar la eficacia de un orden jurídico es la cantidad de derechos que pueden ser ejercitados realmente. El reconocimiento de un derecho en una ley no es suficiente para que éste exista, resulta indispensable contar con los mecanismos necesarios que permitan accionarlos. De lo contrario nos encontramos frente a normas vacías de

<sup>47</sup> Alexy, Robert, "Derechos sociales fundamentales", en Derechos Sociales y Derechos de las Minorías, UNAM - Porrúa, México, 2001, pp. 68-87.

contenido que se traducen en letra muerta al no existir posibilidad jurisdiccional que permita ejercitarlos.

Para ejercitar un derecho subjetivo público -el que tenemos los gobernados frente al Estado como titular de un deber correlativo- es necesario que existan los elementos que nos permitan acudir ante un órgano jurisdiccional a solicitar el cumplimiento de ese derecho y que, además, el órgano competente tenga fuerza suficiente para hacer cumplir su resolución.

Por esto, las resoluciones judiciales deben de ser un factor a considerar en la formulación de instrumentos jurídicos. La función de los tribunales al interpretar la ley ha abierto la posibilidad de accionar derechos y refleja la evolución de la necesidad social respecto a la aplicación de cierta norma. Es necesaria la evolución del Derecho a la Protección de la Salud, de una norma programática a un derecho subjetivo público.

En esta modificación conceptual deben ser tomados en cuenta tres aspectos que como derecho subjetivo público debe contener el Derecho a la Protección de la Salud. En primer lugar la titularidad del derecho, que corresponde a toda persona; en segundo lugar el sujeto pasivo que es el Estado como obligado a satisfacer el derecho y por último, el objeto o la prestación, cuyo contenido es necesario redefinir, delimitando sus alcances a fin de hacerla exigible.

En el ámbito internacional países como Brasil, Ecuador, Chile, por mencionar algunos tienen una evolución interesante en el Derecho a la Salud. Sin pretender constituir un estudio exhaustivo de Derecho Comparado<sup>48</sup>, se enunciarán a continuación los preceptos constitucionales de algunos países de América Latina.

– BOLIVIA<sup>49</sup>

Artículo 7°.- Toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio:

a. A la vida, la salud y la seguridad;

---

<sup>48</sup> Cfr. La Salud en las Américas, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica y Técnica no. 587. Volumen I y II, EUA, 2002.

<sup>49</sup> Promulgada el 6 de febrero de 1995.



k. A la seguridad social, en la forma determinada por esta Constitución y las leyes.

Artículo 158. El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

– BRASIL<sup>50</sup>

Artículo 6. Son derechos sociales la educación, la salud, (...)

Artículo 196. La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante las políticas sociales y económicas que tiendan a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros riesgos y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.

– COLOMBIA<sup>51</sup>

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

– CUBA<sup>52</sup>

Artículo 43.- El Estado consagra el derecho conquistado por la Revolución de que los ciudadanos (...) reciban asistencia en todas las instituciones de salud;

Artículo 50.- Todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho (...)

– CHILE<sup>53</sup>

Artículo 19.- La Constitución asegura a todas las personas:

9°. El Derecho a la Protección de la Salud.

---

<sup>50</sup> Promulgada el 5 de octubre de 1988.

<sup>51</sup> Promulgada el 7 de julio de 1991.

<sup>52</sup> Promulgada el 24 de febrero de 1976.

<sup>53</sup> Promulgada el 11 de agosto de 2000

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud, y de rehabilitación del individuo.

– REPÚBLICA DOMINICANA<sup>54</sup>

Art. 8 - Se reconoce como finalidad principal del Estado la protección efectiva de los derechos de la persona humana (...) Para garantizar la realización de esos fines se fijan las siguientes normas:

17.- El Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social, de manera que toda persona llegue a gozar de adecuada protección contra la desocupación, la enfermedad, la incapacidad y la vejez.

El Estado velará por el mejoramiento de (...) los servicios sanitarios (...) procurará los medios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades (...) dará asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes por sus escasos recursos económicos así lo requieran.

– ECUADOR<sup>55</sup>

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección (...)

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

– HONDURAS<sup>56</sup>

Artículo 145. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

Es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad.

– NICARAGUA<sup>57</sup>

Art.105.- (...)

Los servicios de educación, salud y seguridad social, son deberes indeclinables del Estado, que está obligado a prestarlos sin exclusiones, a mejorarlos y ampliarlos. (...)

---

<sup>54</sup> Promulgada el 14 de agosto de 1994.

<sup>55</sup> Promulgada el 5 de junio de 1998.

<sup>56</sup> Promulgada el 11 de enero de 1982.

Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, (...)

– PERÚ<sup>58</sup>

Artículo 7o. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. (...)

Artículo 11. El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud (...)

– EL SALVADOR<sup>59</sup>

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

– PANAMÁ<sup>60</sup>

Artículo 52 (...)

El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores y garantiza el derecho de éstos a la alimentación, la salud, la educación y la seguridad u previsión sociales. Igualmente tendrán derecho a esta protección los ancianos y enfermos desvalidos.

– URUGUAY<sup>61</sup>

Artículo 44. El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.

Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

– VENEZUELA<sup>62</sup>

---

<sup>57</sup> Promulgada el 14 de noviembre de 1986.

<sup>58</sup> Promulgada el 30 de diciembre de 1993.

<sup>59</sup> Promulgada el 20 de diciembre de 1983.

<sup>60</sup> Promulgada el 11 de octubre de 1972.

<sup>61</sup> Promulgada el 14 de enero de 1997.

<sup>62</sup> Promulgada el 24 de marzo de 2000.

Artículo 76. Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos.

Después de revisar la legislación antes citada, se puede llegar válidamente a la conclusión que el derecho comparado garantiza el acceso al derecho a la salud mediante las medidas siguientes:

1) Ampliación del Derecho a la Salud

En México el derecho sólo implica la protección de la salud. Otras naciones más evolucionadas en la tutela de derechos, han establecido en sus legislaciones alcances mayores del derecho a la salud. Dividen entre el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social.

Por otra parte, el derecho a la salud se maximiza. Tal es el caso, de Brasil en donde el derecho abarca los servicios de “promoción, protección y recuperación”. Situación idéntica encontramos en Colombia, donde se amplía el derecho a la salud mediante la garantía de acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. En Cuba es mucho más restringido, el derecho abarca sólo la atención y protección las garantías versan sobre el establecimiento de clínicas no sobre medidas eficaces.

Chile, por su cuenta, amplía el derecho a la salud con acciones tendientes a la promoción, protección, y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo; cada persona tiene el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse. Honduras amplía el derecho a la conservación de un medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas. Nicaragua menciona que el derecho abarca la protección, promoción recuperación y rehabilitación. En Panamá se incluye la prevención, curación y rehabilitación.

2) Correlación derecho-deber

Existen legislaciones que incorporan al ordenamiento, en forma paralela al derecho a la salud, ciertos deberes fundamentales de los ciudadanos. De

esta forma, en Bolivia, los seres humanos tiene el deber fundamental de asistir a sus padres enfermos y de cooperar con los órganos del Estado y la comunidad en el servicio de la seguridad social. La constitución colombiana, menciona el deber correlativo de todas las personas de procurar el cuidado integral de la salud individual y comunitaria.

El Salvador otorga el carácter de bien público a la salud y establece el correlativo deber de los habitantes de velar por el cuidado de la salud. Honduras, por su parte, dispone en su entramado constitucional el deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad.

### 3) Organismos autónomos

Ecuador recoge la idea de un órgano constitucional autónomo encargado de la seguridad social. El Salvador contempla la misma figura y la denomina Consejo Superior de Salud Pública. Perú, igualmente crea una institución autónoma y descentralizada, con personería de derecho público y con fondos y reservas propias aportadas obligatoriamente por el Estado.

### 4) Recursos jurisdiccionales

Paralelamente al establecimiento de organismos autónomos encargados de regir en materia de salud, se fijan recursos jurisdiccionales para que los particulares presenten sus inconformidades a un órgano resolutor. El Salvador establece la facultad del consejo de conocer y resolver recursos jurisdiccionales.

### 5) Financiamiento

Brasil presenta un sistema interesante de financiamiento con recursos de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal, de los municipios y otras fuentes.

Colombia menciona la distribución competencial y financiera de la Nación, las entidades territoriales y los particulares.

### 6) Principios rectores

Los principios rectores funcionan como orientadores del ordenamiento. En caso de duda, debe recurrirse a los principios rectores que se convierten en

coadyuvantes de la interpretación jurídica. Por tal motivo es importante incorporar tales principios.

Bolivia incluye como principios rectores los de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia. Colombia, sujeta la seguridad social a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

### 2.3. Salud

Si bien se ha abordado el tema del Derecho a la Protección de la Salud, es conveniente definir que es la salud; organismos internacionales especializados se han dedicado a la tarea de definir y limitar sus alcances.

La Organización Mundial de la Salud<sup>63</sup>, concibió en la Constitución adoptada en 1946<sup>64</sup> que la salud es un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. Asimismo estableció que los principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos, en el contexto de la salud, son los siguientes:

- I. *La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*
- II. *El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.*

---

<sup>63</sup> Organismo Internacional que tiene como finalidad alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud, por lo que realiza, entre otras, las funciones siguientes: i) actuar como autoridad directiva y coordinadora en la labor sanitaria internacional; estimular y hacer adelantar el trabajo para suprimir enfermedades epidémicas, endémicas, etc.; promover el mejoramiento de las normas de enseñanza y capacitación en salubridad, medicina y profesiones afines; establecer y promover normas internacionales respecto a productos biológicos, farmacéuticos y similares y uniformar los procedimientos de diagnóstico; y fomentar las actividades en el campo de la higiene mental, especialmente aquellas que tienen que ver con la armonía de las relaciones humanas.

<sup>64</sup> La Constitución de OMS fue adoptado por la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados

- III. *La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.*
- IV. *Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.*
- V. *La desigualdad de los diversos países, en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.*
- VI. *El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente, es indispensable para este desarrollo.*
- VII. *La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines, es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.*
- VIII. *Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.*
- IX. *Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.*

Por su parte la UNICEF en unión con la OMS, en la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria a la Salud, en la Ata Mata en 1978, estableció que la salud es:

*“Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de la misma, es un objetivo social importantísimo en el mundo.”*

Se puede considerar que la salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones económicas, sociales y culturales, y es, con ellas, un componente esencial del bienestar social y del desarrollo económico del Estado.

La doctrina en nuestro país es aún incipiente en torno a la relación y fines de la Salud con el Derecho y su definición como una rama de estudio autónoma; 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.

Gonzalo Moctezuma Barragán<sup>65</sup> concibe al Derecho a la Protección de la Salud como:

*“El sistema de normas jurídicas que tiene por objeto garantizar la protección de la salud como valor supremo del hombre, mediante la rectoría del Estado y la participación de la sociedad, con fines de justicia social por medio de la equidad, calidad y apoyo financiero.”*

Con base en lo anterior, se define 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; del impulso de la rectoría del Estado en la materia; de la participación activa de la sociedad en la prevención, promoción, prestación e inversión en los servicios de salud; con la finalidad de ser el medio para obtener el bienestar social y por ende un desarrollo económico equitativo.

Es entonces, el Derecho a la Protección de la Salud 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.

---

<sup>65</sup> Moctezuma Barragán, Gonzalo. *Derechos de los usuarios ...*, op. cit., p. 10.



## 2.4. Sistema de Salud

Los sistemas de salud, son el conjunto de esfuerzos institucionales, sociales y políticos encaminados a satisfacer las necesidades de salud de la población.

En relación con sus funciones, el sistema de salud puede ser analizado en sentido abstracto, según Julio Frenk<sup>66</sup>, como el vehículo de la respuesta social organizada a las condiciones de salud de una población, es decir el conjunto de esfuerzos públicos, privados y sociales para atender la salud de un núcleo determinado de personas, el cual puede dividirse en universos abiertos y cerrados, dependiendo de la naturaleza del sistema y de sus partes integrantes.

En este sentido el Estado juega un rol tridimensional, es decir es el elemento rector y modulador del sistema; además puede organizar y proveer de forma directa o a través de la delegación de la función pública los servicios de salud, y por último es el elemento financiador del sistema, ya sea a través de la asignación de recursos públicos al funcionamiento del mismo o como catalizador y garante para fomentar e impulsar la inversión privada en el campo de la salud.

Según Contandriopoulos<sup>67</sup> se reconocen cuatro modelos regulatorios en salud como principales, estos son: el tecnocrático; el democrático; el regulado por los profesionales de la salud, y aquél que se guía por las leyes del mercado. El modelo tecnocrático es el dirigido por expertos, se fundamenta en su capacidad de presentarse así mismo como un elemento de acción racional y apolítico en la búsqueda del interés público. Por su parte el modelo democrático es aquél que intenta vincular a la población con el proceso de formulación de las necesidades, problemas, prioridades y soluciones para la administración y manejo del sistema de salud. El modelo regulado por los profesionales de la salud, es aquel que se construye a partir de los servicios de atención médica, así como de los resultados del quehacer médico. Por último el modelo basado en las leyes del mercado, encuentra su fundamento en la relación entre la oferta de proveedores de servicios de salud y la demanda de los usuarios, así como los elementos que

---

<sup>66</sup> Frenk Mora, Julio, La Salud de la Población, Hacia una nueva salud pública, FCE, México, 1997, pp. 102-127.

<sup>67</sup> Contandriopoulos, André-Pierre, "Values, Norms and the Reform of Health Care Systems", en Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Open University Press, State of Health series, World Health Organization, EUA, 1998, pp. 346-348

influyen directamente e indirectamente en los costos de atención y de suministro de medicamentos e insumos para la salud.

En nuestro país, el Derecho a la Protección de la salud, se basa en un Sistema Nacional de Salud, el cual según Cardozo<sup>68</sup> se define como *“el conjunto de instituciones que tienen por objeto mejorar las condiciones de salud, de carácter público, de seguridad social o privadas, tanto normativas como operativas, o sea que incluye tanto a las instancias de planeación, control y evaluación como a las que prestan directamente los servicios de salud”*.

En este sentido, la Ley General de Salud establece en su artículo 5º que dicho sistema está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al Derecho a la Protección de la Salud.

El Sistema Nacional de Salud es esencial para garantizar el Derecho a la Protección de la Salud, a través de la rectoría del Estado en la materia, tal expectativa se manifestó en el debate del dictamen de la Ley General de Salud, el 15 de diciembre de 1983, toda vez que el Dip. Carlos Machiavelo Martín del Campo sostuvo:

*“Quedó plasmado así (sic) en la constitución una de las aspiraciones más legítimas del pueblo mexicano y es un derecho conquistado con grandes esfuerzos a lo largo de su historia: integrar un Sistema Nacional de Salud que dé acceso a todos los miembros de una comunidad, independientemente si desempeñe o no un trabajo lucrativo, e independientemente si están o no en el régimen de seguridad social (...) es el derecho al acceso a los servicios básicos de salud que no podrá ser obstaculizado de ninguna manera por limitaciones de carácter económico.”*

---

<sup>68</sup> Cardozo Brum, Myriam, Diagnóstico sobre la formación administrativa del personal directivo para la descentralización en salud, CIDE, DAP. Documento de trabajo número 27. México, 1995.

La consideración del legislador no fue ajena al proceso de organización administrativa que durante la década de los setenta se había iniciado en nuestro país.

Es conveniente recordar que la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República facultó a la Federación para celebrar convenios de coordinación con las entidades federativas, esta forma de descentralización desplazó la distribución de competencias entre los dos niveles de gobierno, vulnerando la soberanía de los Estados. Por ello en 1979 se convocó a la Coordinación de Servicios de Salud para que propusiera medidas capaces de modernizar y racionalizar la prestación de servicios de salud y asistenciales.

Dentro del análisis para consolidar al sistema de salud y subsanar la invasión de competencias, se concluyó lo siguiente:

*“Si bien el mandato del Constituyente en materia sanitaria estableció que esta materia es de competencia concurrente (...) el ímpetu centralizador encontró en la administración de la salud un ámbito propicio, y los convenios de servicios coordinados de salud pública, que desde los años treinta se empezaron a celebrar con los Estados, se transformaron en vehículos de centralización.”<sup>69</sup>*

A partir de esa idea, la Coordinación de Servicios de Salud identificó a la falta de coordinación intrasectorial y al centralismo como los problemas principales de los servicios, en virtud de que las autoridades locales no tenían la capacidad ni el interés de planificar el desarrollo de la infraestructura, implementar los programas prioritarios y utilizar los recursos de manera eficiente. Además los COPLADE<sup>70</sup> no lograron desconcentrar las decisiones de inversión federal, pues todavía se privilegiaban las necesidades del centro sobre las estatales.

Se concluyó que era indispensable centralizar las atribuciones de política sanitaria, las cuales compartían la Secretaría de Salubridad y Asistencia y las instituciones de seguridad social, con el propósito, según Guillermo Soberón Acevedo, de lograr:

---

<sup>69</sup> Planteamientos iniciales para la consolidación del Sistema Nacional de Salud, Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Num. 2, México, 1984, p. 24.

<sup>70</sup> Comités para la Planeación del Desarrollo.

*“Definir políticas, objetivos y programas comunes, determinados por necesidades y prioridades nacionales (...) Mejorar los sistemas de asignación de recursos (...) Desarrollar programas integrales de desconcentración y descentralización administrativa (...) Mejorar la coordinación entre el sector y los otros sectores cuya acción contribuya a elevar el nivel de salud (...) La integración de las instituciones puede evitar las duplicaciones de servicios y de programas si la planeación se desarrolla por una sola instancia y de acuerdo con objetivos claramente definidos.”<sup>71</sup>*

Por lo que se propuso reorganizar los servicios de salud bajo el esquema siguiente:

- I. Crear los Servicios Nacionales de Salud, organismo público descentralizado por función que se ocuparía de la operación de las unidades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y de sus servicios coordinados.
- II. Que la Secretaría de Salubridad y Asistencia asuma plenamente las funciones normativas en todo el sector.
- III. Crear servicios estatales de salud bajo la responsabilidad política y administrativa de cada entidad.
- IV. Que los Servicios Nacionales transfieran a cada servicio estatal sus responsabilidades, vinculadas sobre todo con la operación de los servicios.
- V. También se consideró la posibilidad de transferir directamente a aquellos estados con la capacidad administrativa suficiente, sin la necesidad del paso intermedio de los Servicios Nacionales.

En el caso de IMSS-COPLAMAR<sup>72</sup> se sugirió fusionarlo a los servicios estatales, incorporarlo a la coordinación programática o fusionarlo con los

---

<sup>71</sup> Soberón Aceveco, Guillermo y Ruiz, Leobardo. *Hacia una Sistema Nacional de Salud*, UNAM, México. 1983. p. 78.

<sup>72</sup> En 1979 el Gobierno Federal conjuo la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la infraestructura y los programas integrados y coordinados por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), suscribiendo un convenio en el que se planteó el objetivo de otorgar servicios de salud a población abierta en las zonas rurales más marginadas. Surge así el Programa IMSS-Coplamar.

Por Acuerdo Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación del 20 de abril de 1983, se abrogó el diverso del 17 de enero de 1977 por el cual se creó COPLAMAR y se estableció que el Programa IMSS-Coplamar estuviera íntegramente a cargo del IMSS.

servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia bajo un sistema a cargo del IMSS.

Como se ha apuntado el proceso de integración del Sistema Nacional de Salud fue extenso y aunque no se realizaron todas las recomendaciones de la Coordinación de Servicios de Salud, en 1984 se llevó a cabo la primera etapa denominada coordinación programática. En ésta participaron todos los estados, se acordó con los gobernadores que la autoridad estatal coordinará los servicios federales (los que operaban los Servicios Coordinados de Salud Pública y los que prestaba IMSS-COPLAMAR) con los servicios locales con el propósito de evitar duplicidades o superarlas cuando ya existieran, así como fomentar la cooperación entre los servicios.

Con la publicación de la Ley General de Salud en 1984, se estableció que el Sistema Nacional de Salud tiene como propósito:

- I. Mejorar cualitativa y cuantitativamente los servicios de salud para la población abierta, con especial énfasis en las acciones preventivas, además de reducir las diferencias que los separan de los de seguridad social.
- II. Reforzar la capacidad operativa y de gestión de los servicios de salud en los gobiernos de los estados.
- III. Vincular la planeación en salud con la planeación global del país.

Para consolidar al Sistema Nacional Salud se establecieron tres estrategias: la sectorización, consistente en el agrupamiento de ciertas entidades bajo la coordinación de la Secretaría de Salud; la modernización, y la descentralización.

Antes de abordar las estrategias antes mencionadas, es necesario definir lo que se entiende por servicios de salud mismos que le dan contenido al Sistema que se analiza.

---

El Programa IMSS-Solidaridad, hoy en día denominado IMSS-Oportunidades tiene por objeto proporcionar servicios de salud integrales de 1er y 2o. nivel, oportunos y de calidad a la población abierta sin acceso regular a los Servicios de Salud de zonas rurales marginadas; el Modelo de Atención Integral a la Salud se sustenta, fundamentalmente, en la participación comunitaria para la realización de actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario.

Los servicios de salud pueden clasificarse en tres tipos: I) Servicios de atención médica que incluyen actividades preventivas, curativas y de rehabilitación; II) Servicios de salud pública que incluyen todas aquellas acciones tendientes a la protección de la población en su conjunto, como el saneamiento básico, la promoción y el fomento de la salud, y la planificación familiar; III) Asistencia social que incluye acciones de protección a personas que por invalidez o carencias socioeconómicas, no pueden satisfacer sus necesidades básicas.

Además, los servicios de salud se pueden clasificar en función del universo al que están dirigidos:

- Servicios para universos cerrados que agrupan a los de seguridad social, a los derivados de contrataciones colectivas y a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Servicios para universos abiertos, los cuales incluyen los servicios de salud que benefician a población abierta gratuitamente o mediante cuotas de recuperación, como los de la SSA, los que se prestan conforme a esquemas de solidaridad social a cambio de labores de beneficio comunitario o familiar, como IMSS-COPLAMAR ahora IMSS-Oportunidades, y los que proporcionan los estados y los municipios.
- Servicios privados, sea cual sea la forma en que se contraten.

Como se ha expuesto, existen diferentes tipos de servicios de salud y dependiendo de su naturaleza jurídica y administrativa, el financiamiento de los mismos es distinto, lo cual según José Francisco Ruiz Massieu, ha provocado que no exista un modelo de atención a la salud homogéneo, es decir capaz de asegurar el acceso a servicios básicos de salud de calidad semejante, el cual garantice además que los recursos tecnológicos, materiales y financieros no muestren desigualdades pronunciadas<sup>73</sup>.

En este sentido los servicios de salud están divididos según los prestadores de los mismos en públicos, privados y sociales. Los servicios que brinda la administración pública federal contempla dos de las clasificaciones, es

---

<sup>73</sup> Ruiz Massieu, José Francisco, "La descentralización de los servicios de salud: obstáculos y soluciones", en La descentralización de los servicios de salud: el caso de México, Miguel Ángel Porrúa, México, 1986, p. 82.

decir, existen servicios de salud agrupados administrativamente en el sector salud y por otra parte aquellos que prestan las instituciones de seguridad social.

En este marco, una de las estrategias para la consolidación del Sistema Nacional de Salud, fue la sectorización o modalidad de agrupación sectorial. Ésta no es exclusiva del ámbito de la salud, sino que fue una estrategia introducida por iniciativa del Ejecutivo Federal, en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal que entró en vigor en enero de 1977.

El origen de la sectorización fue la proliferación de entidades paraestatales que existían en el país, así como la descoordinación administrativa en la que funcionaban. Por tal motivo, apunta Rodrigo Moreno Rodríguez<sup>74</sup>, el Ejecutivo Federal expresó que se establecerán los mecanismos por medio de los cuales las entidades paraestatales que cuenten con personalidad jurídica y patrimonios propios, habrán de coordinar sus acciones con el resto de las dependencias del Ejecutivo, a fin de conseguir una mayor coherencia en sus acciones y evitar desperdicios y contradicciones.

Siguiendo esta idea, el legislador facultó al Presidente de la República en el artículo 50 de la Ley Orgánica antes citada, para que determinara agrupamientos de entidades de la administración pública paraestatal, por sectores definidos; la relación de las mencionadas entidades con el Ejecutivo Federal, se realizaría a través de la Secretaría de Estado o departamento administrativo que en cada caso se designará como coordinador de sector correspondiente.

Además en el artículo 51 de la multivoca ley, se dispuso que las Secretarías de Estado y departamentos administrativos encargados de la coordinación de los sectores, les correspondía planear, coordinar y evaluar la operación de las entidades de la administración paraestatal que determinará el Ejecutivo Federal.

En este marco, el presidente de la República, expidió un acuerdo<sup>75</sup> mediante el cual se agrupó por sectores a las entidades de la administración pública paraestatal. Se consideró que la administración debía de contar con instrumentos idóneos para llevar a cabo los programas de gobierno y que la

---

<sup>74</sup> Moreno Rodríguez, Rodrigo, *La Administración Pública Federal en México*, UNAM, México, 1980, p. 192.

coordinación sectorial habría de contribuir a lograr mayor coherencia operativa y a evitar duplicidades o contradicciones.

En dicho acuerdo presidencial, se establecieron las facultades de los coordinadores de sector que incidían en el ámbito de planeación; programación, presupuesto y financiamiento, así como de control del gasto público y evaluación del desempeño.

La sectorización administrativa ha ido evolucionando paulatinamente, al igual que su marco jurídico. Los artículos 50 y 51 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, han sido modificados<sup>75</sup> y en 1986 se publicó la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, la cual también contempla a la sectorización.

Es necesario mencionar que esta estrategia administrativa es de gran importancia para el tema de la presente tesis, en virtud de que a través de su correcto ejercicio, se convierte en elemento sustancial para la rectoría del Estado en el ámbito del Derecho a la Protección de la Salud.

Los servicios de salud que brinda el Estado a través de su función pública en el orden federal; se agrupan en el sector salud, el cual está formado por dos ámbitos: el programático y el administrativo. El ámbito programático comprende los programas y funciones de las instituciones públicas de salud y de otros componentes de la administración pública federal que prestan servicios de salud.

Por su parte el ámbito administrativo comprende a la Secretaría de Salud y se integra, además, por dos subsectores: el primero por la asistencia social a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el segundo integrado por los institutos nacionales de salud que incluyen diez organismos descentralizados dedicados a la atención especializada, investigación y formación de recursos humanos.

Cabe mencionar que el Sistema Nacional de Salud tiene como objetivos: i) Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que

---

<sup>75</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de enero de 1977.

<sup>76</sup> En la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal vigente, la sectorización se encuentra contemplada en los artículos 48, 49 y 50, por lo que respecta a la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, se regula en los artículos 8 y 10.



condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas; ii) Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social; entre otros.<sup>77</sup>

En este marco, de acuerdo a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, corresponde a la Secretaría de Salud, en materia programática lo siguiente: 1) Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general; 2) 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; 3) Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud, y 4) Establecer y ejecutar con la participación que corresponda a otras dependencias asistenciales, públicas y privadas, planes y programas para la asistencia, prevención, atención y tratamiento a los discapacitados.<sup>78</sup>

Además la Ley General de Salud faculta a la Secretaría de Salud para establecer y conducir la política nacional en materia de salud; coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso determinen; coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las leyes que regulen a las entidades participantes.<sup>79</sup>

En cuanto a la distribución de facultades concurrentes en el ámbito programático, la Secretaría de Salud tiene las siguientes: i) 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 en

---

<sup>77</sup> Cfr. Artículo 6°, fracciones I y II, de la Ley General de Salud.

<sup>78</sup> Cfr. Artículo 39, fracciones I, VI, VII, y XXIV, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

<sup>79</sup> Cfr. Artículo 7°, fracciones I, II y VI, de la Ley General de Salud.

la materia; ii) Promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento; y iii) Coordinar el Sistema Nacional de Salud.<sup>80</sup>

Es competencia de los gobiernos de las entidades federativas: i) Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero; y ii) Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competen.<sup>81</sup>

La estrategia de rectoría tenía como propósito modernizar y eficientizar los servicios de salud, por esta razón, se estableció que los recursos disponibles se ejercerían en forma tal que produjeran los mayores beneficios para la salud de la población. En virtud de lo anterior, se propuso programar y reorientar los programas establecidos con el objeto de mejorar el rendimiento del esfuerzo social en materia de salud, mediante la definición explícita de prioridades, para tal efecto se hizo necesario lo siguiente:

- Definir un Paquete Universal de Servicios de Salud, basado en el peso de la enfermedad junto con el costo y la efectividad de las intervenciones.
- Enfatizar aquellos servicios que actúan sobre la prevención de los riesgos a la salud.
- Crear los incentivos necesarios para limitar la oferta de intervenciones de baja efectividad y alto costo.
- Establecer un mecanismo participativo y plural para la evaluación continua de las intervenciones y la revisión periódica de las prioridades.

En este esquema de reorganización administrativa y programática que coadyuvó a la consolidación del Sistema Nacional de Salud, se impulsó al Consejo de Salubridad General como autoridad sanitaria, instituyéndose como el cuerpo colegiado en donde convergen todos los prestadores de servicios de salud y se coordinan acciones para el fortalecimiento del sistema. Además se creó una instancia de coordinación política denominado Consejo Nacional de Salud, el cual

---

<sup>80</sup> Cfr. Artículo 13, apartado a), fracciones IV, V, y VII, de la Ley General de Salud.

a través de su pleno se fija la política de salud bajo la cual se alinean los servicios estatales, otorgándole así el carácter de nacional.

A continuación se mencionaran los aspectos relevantes de los dos órganos colegiados enunciados en el párrafo anterior. El Consejo de Salubridad General, es autoridad sanitaria en todo el país, depende directamente del Presidente de la República; en él concurren los sectores, público, social y privado para analizar las políticas de salud y definir sus directrices, así como para formular propuestas que contribuyan a la homogeneidad.

Se ha convertido en un foro de análisis y decisión de temas sanitarios de importancia coyuntural y estratégica que obligan al Ejecutivo Federal a la consulta con expertos; entre sus funciones se encuentran las de i) Contribuir a la definición de las políticas de salud de la Administración Pública Federal; ii) Rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal, tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud; iii) Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas; iv) Expedir disposiciones en materia de salubridad general, dentro del ámbito de su competencia, para su observancia en todo el territorio nacional; v) Determinar la lista de problemas de salud prioritarios, incluyendo enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, lesiones y factores de riesgos; vi) Opinar respecto de los programas y proyectos de investigación científica, y de formación de recursos humanos en el campo de la salud; vii) Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud; viii) Elaborar, publicar, actualizar y difundir el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer niveles; y ix) Elaborar, publicar y mantener actualizado el Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables.

Por otra parte, a mediados de los años ochenta, 17 de las 31 entidades federativas habían sido objeto de la descentralización de los servicios de salud,

---

<sup>81</sup> Cfr. Artículo 13 apartado b), fracciones II, y IV, de la Ley General de Salud.

para tal efecto se suscribieron dos tipos de instrumentos: los acuerdos de coordinación para la integración orgánica y descentralización operativa y aquellos que coordinaron la regulación y fomento sanitario en las entidades federativas.

En las entidades federativas no descentralizadas se continuó con los Servicios Coordinados de Salud Pública, que tenían la naturaleza jurídica de órganos desconcentrados por territorio de la Secretaría de Salud, que ejercían tanto las actividades que en materia de salubridad general correspondían a los estados y que por diversas circunstancias fueron asumidos por la Federación, como facultades federales de la Secretaría, sin embargo, contaban con un consejo interno, que era presidido por el Gobernador de la entidad federativa correspondiente.

El antecedente más remoto de estos órganos se encuentra en la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República<sup>82</sup>, la cual entre otros objetivos, buscaba la coordinación de servicios sanitarios entre las autoridades federal, local y municipal, para la aplicación de una política sanitaria general en la República; la observancia de principios técnicos uniformes en las actividades federales, locales y municipales; la unificación de los procedimientos a seguir por las autoridades sanitarias en toda la Nación y la consecución de las finalidades sanitarias que requiera el bien público.

En términos de esa ley, se establecieron "servicios sanitarios coordinados" resultantes de la fusión y concurrencia del personal sanitario de las autoridades asociadas, sugiriendo la celebración de convenios para formalizar la coordinación.

Con el proceso de descentralización de la década de los ochenta, la Secretaría de Salud entregó a los Estados la administración de los bienes muebles e inmuebles que tenía a su cargo, aun cuando la mayor parte del aspecto económico y la relación laboral se conservó por la Federación, en un esquema no acabado de descentralización.

Por su parte, las entidades federativas "descentralizadas" constituyeron las estructuras estatales necesarias para proveer los servicios de salud transferidos;

---

<sup>82</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 25 de agosto de 1934.

en algunos casos secretarías o subsecretarías estatales de salud y en otros, organismos descentralizados de la administración pública estatal.

Como consecuencia, la relación de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia con las unidades estatales responsables de prestar servicios a población abierta debía de cambiar, dando cumplimiento estricto a los parámetros de la planeación nacional para el desarrollo establecido en la Ley de Planeación.

En tal virtud, por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación del 25 de marzo de 1986, se constituyó por primera vez el Consejo Nacional de Salud, se integrarían por invitación, los titulares de los servicios estatales de salud, es decir, exclusivamente aquellos de las entidades federativas en que se habían descentralizado los servicios de salud.

El Ejecutivo Federal argumentó, en los considerandos del decreto antes mencionado, la necesidad de coordinación por parte de éste con las entidades federativas para la participación conjunta en la planeación nacional.

El Consejo Nacional de Salud se creó para apoyar el cumplimiento del Programa Nacional de Salud; la consolidación del Sistema Nacional de Salud; el análisis de la programación y presupuesto de la salud pública; la concertación de mecanismos de cofinanciamiento, y la evaluación de la prestación de servicios.

El Decreto estableció de manera específica que el Consejo Nacional de Salud, sería una instancia de coordinación para la programación, presupuesto y evaluación de salud pública, del cual formarían parte los titulares de los Servicios Estatales de Salud, a invitación de la Secretaría de Salud la que daría intervención a las Secretarías de Gobernación y de Programación y Presupuesto, según su competencia.

Como puede apreciarse, la coordinación que se daba en el Consejo Nacional de Salud se limitaba a las entidades federativas en las que se habían descentralizado los servicios de salud y no abarcaba a los Servicios Coordinados de Salud Pública, por lo que el objetivo de planeación nacional no se alcanzaba articuladamente en una instancia común.

Esta situación motivo que se reformará en 1995, la integración y se ampliarán algunas funciones del Consejo Nacional de Salud<sup>83</sup>; por lo tanto, se dispuso que sería una instancia permanente de coordinación de las autoridades de salud de la Federación, las entidades federativas y el Distrito Federal para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en toda la República.

Actualmente, está integrado por el Secretario de Salud del Gobierno Federal; los titulares de los Servicios Estatales de Salud y funcionarios de la Dependencia Federal antes mencionada. Cabe mencionar que antes de 1997, también formaban parte de este cuerpo colegiado, los titulares de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y el de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.

Se dispuso que el Consejo Nacional de Salud, tiene las funciones de consolidar el Sistema Nacional y apoyar a los Sistemas Estatales de Salud; consolidar el proceso de descentralización a los Estados de los servicios de salud para la población abierta; proponer lineamientos para la coordinación de acciones de atención en las materias de salubridad general; unificar criterios para el cumplimiento de los programas de salud pública; opinar sobre la congruencia de las acciones a realizar para la integración y funcionamiento de los Sistemas Estatales de Salud; llevar el seguimiento de las acciones derivadas del programa de descentralización; apoyar a la evaluación de los programas de salud en cada entidad federativa; fomentar la cooperación técnica y logística entre los servicios estatales de salud en toda la República; promover en las entidades federativas los programas prioritarios de salud; inducir y promover la participación comunitaria y social para coadyuvar al proceso de descentralización, y estudiar y proponer esquemas de financiamiento complementaria para la atención de la salud pública.

---

<sup>83</sup> Acuerdo que establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud fue publicado en el Diario Oficial de la

## 2.5. Federalismo

La reforma constitucional de 1983, buscó dotar de un marco programático sólido para 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.

Propuso revertir el proceso centralizador, por medio de otorgar a los individuos de los medios para conservar su salud, lo que condujo al Gobierno Federal a promover la adopción por las Entidades Federativas de responsabilidades en las jurisdicciones locales y municipales, bajo el esquema de lo que en la época se conociera como “el nuevo federalismo cooperativo” concebido a través de políticas de descentralización.

En este sentido, el federalismo se erigió como una forma superior de la descentralización política<sup>84</sup> y que a través de sus diferentes modalidades, un sistema unitario puede acabar por transformarse en federal.

La idea de la federalización se apoyó en el principio de la solidaridad, entendiéndola como el quehacer común de las entidades federativas y la Federación, dirigido a logros comunes. Los distintos órdenes de gobierno, bajo un esquema de integración lograron suplir las deficiencias que presentaba el esquema de coordinación y cooperación de los servicios de salud de la República.

Antes de continuar, se hace necesario abordar el concepto de federalismo<sup>85</sup>, así como su base constitucional y doctrinaria. Lo anterior, para estar en posibilidad de establecer el marco jurídico y administrativo bajo el cual ejercen las facultades la Federación y las entidades federativas respecto a la

---

Federación el 27 de enero de 1995.

<sup>84</sup> Al respecto Jorge Carpizo, cita en su obra *La Constitución Mexicana de 1917*, a Jean Dabin, quien sostuvo la teoría del Estado Federal como una forma de descentralización. Para este autor el poder ésto descentralizado cuando se admite que grupos más o menos naturales que existen dentro del Estado poseen en propiedad determinados atributos del poder público, que ejercen por órganos que estos mismos grupos escogen, o sea, que el rasgo esencial de la descentralización es participación o colaboración dentro de una señalada esfera con el poder político del Estado. Pero la descentralización nace cuando ese grupo se eleva al nivel de órgano de derecho público y coopera con el Estado a la realización del bien público.

Asimismo, sostiene que lo descentralizado es el poder, a través de un principio común: el federal es ante todo un Estado descentralizado, y el derecho de participar en el gobierno federal no es más que el prolongamiento de la idea de descentralización, llevada al paroxismo, hasta el corazón del Estado Federal. Por lo que es lícito, para Dabin, hablar de descentralización política.

<sup>85</sup> Para el desarrollo del federalismo se tomó como base el documento *México en la vía del federalismo cooperativo. Un análisis de los problemas en torno a la distribución de competencias*, de Martín Díaz y Díaz.

salubridad general, y señalar los posibles conflictos de legalidad que se presentan ante la descentralización administrativa de los servicios de salud.

El federalismo es una forma de organización política y económica del Estado, en el caso de nuestro país, ha tenido una evolución dinámica desde el siglo XIX como se apuntó en el primer capítulo de esta tesis. La Constitución Política establece que la forma de organización del Estado es a través de una República representativa, democrática, federal, compuesta de Estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior; pero unidos en una Federación establecida según los principios de la misma ley fundamental. Asimismo dispone la distribución de competencias entre la Federación y las Entidades Federativas al establecer como regla general la contenida en el artículo 124, en el que se dispone que las facultades que no estén expresamente concedidas por la Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados. Este mecanismo de distribución de competencias es conocido como federalismo dual.

Por otra parte, la ley fundamental permite la asunción de funciones por parte de las entidades federativas siempre y cuando el desarrollo económico y social así lo permitan. Para llevar a cabo lo anterior, es necesario que dicha potestad se encuentre contemplada en la misma ley constitucional o en su caso en una ley general en donde se distribuyan las facultades concurrentes que existen entre los integrantes de la Federación y esta misma.

En este sentido, el artículo 4º, párrafo tercero, de la Constitución Política, señala que el Congreso Federal establecerá la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas, de las facultades de salubridad general, según lo dispuesto por el artículo 73, fracción XVI del mismo ordenamiento.

A este tipo de federalismo se le conoce como cooperativo, en el cual según Manuel González Oropeza<sup>86</sup> *“se olvida la separación tajante entre la Federación y los estados, y se fusionan ambas esferas de competencia para legislar sobre la misma materia (...) <provocando> la coexistencia de leyes expedidas por el Congreso de la Unión con leyes aprobadas por las legislaturas de los estados,*

---

<sup>86</sup> González Oropeza, Manuel. El Federalismo. UNAM, México 1995, p. 16.



*(...) creando una jerarquía distinta a la derivada de la regla contenida en el artículo 124 Constitucional, en donde hay separación de los ámbitos.”*

En virtud de lo anterior, en nuestra Constitución se determinan en una misma línea de validez formal, disposiciones que sostienen un federalismo dual, con otros que sustentan al federalismo cooperativo, por lo que se presenta una disyuntiva en la concepción que se tiene del federalismo en el sistema jurídico mexicano, y en especial en lo que respecta al ámbito de la salud.

El federalismo dual surge por la necesidad de encontrar una fórmula de composición que garantizara la unidad y coherencia del ejercicio político en los términos que lo requiere un Estado y que respetara la previa existencia de entidades independientes a las que se les debía garantizar autonomía en las materias de su exclusiva competencia<sup>87</sup>.

Se sustenta en la idea de que la distribución de competencias entre dos órdenes de gobierno es posible y puede mantener su operación fundamental aun en contra del dinamismo de la realidad. Este federalismo consiste en un orden dual con disposiciones territoriales exclusivas para cada entidad y, a la vez, con disposiciones generales de alcance territorial integral, v. gr. es el artículo décimo de la primer enmienda de la Constitución de los Estados Unidos, el cual señala que *“Los poderes que la Constitución no delega a los Estados Unidos ni prohíbe a los Estados, quedan reservados a los Estados respectivamente o al pueblo.”*

Por lo tanto, la distribución de competencias entre el ámbito federal y el local consiste en una atribución precisa a cada uno de los órdenes o a uno solo de ellos, mientras que el otro queda semiacotado por una cláusula donde cabe todas las atribuciones no conferidas expresamente a la primera de las jurisdicciones, v. gr. *atribución precisa* es facultad del Congreso Federal legislar sobre la salubridad general (Federación); *cláusula excluyente* las facultades que no están expresamente concedidas por la Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados; por lo tanto en materias que no

---

<sup>87</sup> Tal es el caso de los Estados Unidos de Norteamérica, Madison manifestó en el Federalista XXXIX que “(...) en el caso sé que varias comunidades que se unen para finalidades especiales, se encuentra *la supremacía del funcionamiento del Estado* en parte depositada en la legislatura general y en parte en las legislaturas municipales (...) las autoridades locales o municipales forman porciones distintas e independientes de la supremacía y no están más sujetas, dentro de sus respectivas esferas, a la autoridad general, que la autoridad general está subordinada a ellas dentro de su esfera propia (sic) (...) el gobierno (...) deja a los Estados una soberanía residual e inviolable (...)”

sean parte de la salubridad general, las legislaturas locales podrán expedir leyes al respecto (Local) como es el caso de la salubridad local.

En este sentido, la técnica del federalismo dual consiste, por el principio de legalidad y de la protección de las esferas privadas o de jurisdicción local, en que las atribuciones y potestades federales quedan constitucionalmente encapsuladas en la definición expresa de las facultades al Poder Legislativo Federal. Si los órganos centrales se excedieren de su ámbito competencial, su acción pudiera ser impugnada procesalmente ante el órgano de control constitucional<sup>88</sup>.

Se puede considerar que el federalismo dual es idealmente compatible con la técnica constitucional de los estados modernos; al igual que ésta, persigue la definición de límites fijos al ejercicio del poder y su control mediato a través de procedimientos que garantizan el sometimiento de los órganos públicos a la legalidad.

Por lo anterior, el federalismo dual ofrece como principal argumento a su favor el de la certeza jurídica, ya que sus criterios fijos de atribución de competencias hacen previsible para el gobernado la acción de los poderes constituidos. Por eso, en este sistema federalista, no debieran quedar restos de incertidumbre en el ejercicio concreto de los actos de autoridad.

No obstante, su carácter excesivamente rígido, impide la transferencia de competencias debido a la estricta delimitación de las mismas. Las tendencias expansivas de los poderes federales<sup>89</sup> ha vuelto insuficiente el sistema de límites estáticos. Los cambios en los factores reales de poder afectan la distribución formal del mismo, poniendo en duda la efectividad de los límites fijos, porque en la práctica, las barreras formales tienden a relativizarse.

Por otra parte, se ha caracterizado al sistema federal como un proceso y no como mecanismo estático de distribución de competencias al que generalmente protege como salvaguarda final una Constitución de tipo rígido. Esto debido a que

---

<sup>88</sup> La Ley de Amparo, reglamentaria de los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que el juicio de amparo tiene por objeto resolver toda controversia que se suscite, entre otros motivos, por leyes o actos de autoridad federal, que vulneren o restrinjan la soberanía de los Estados, o por leyes o actos de las autoridades de las entidades federativas que invadan la esfera de la autoridad federal. Asimismo, es conveniente destacar el tema de las controversias constitucionales, en las que la Suprema Corte de Justicia de la Nación conocerá de los conflictos que se susciten entre los poderes de la Unión y de las entidades federativas. Cfr. artículo 105, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

en el desarrollo del federalismo se ha registrado un cierto movimiento dialéctico en el que se ajustan los flujos de poder entre los distintos órdenes de gobierno.

En este sentido, el federalismo cooperativo es entendido como un proceso permanente de distribución de facultades, reconociendo en todo momento que los balances específicos de competencias se alteran y se ajustan de acuerdo con las condiciones económicas y sociales de desarrollo. Se considera que el sistema federal está en evolución continua y sus ajustes se verifican a través de la interpretación judicial e incluso en el proceso legislativo.

Considerar al federalismo como proceso facilita la comprensión de los ajustes políticos que invariablemente se producen en cualquier Estado, sin embargo, origina el problema de falta de certeza jurídica que producen los continuos ajustes de tipo competencial. No es suficiente con reconocer que los centros efectivos de decisión se mueven entre la Federación y las entidades federativas, es necesario dirimir cómo el Derecho puede definir un sentido estable a esa situación, de lo contrario se comprometería la legalidad de la función pública en nuestro Estado de Derecho.

Un factor importante a considerar en el federalismo es la concurrencia de facultades, ésta no se refiere al ejercicio simultáneo de competencias, sino a la ocupación emergente de una materia federal por parte de los integrantes de la Federación, debido a que los poderes centrales no la han ejercido.

Mediante el pacto federal, los estados delegaron en la Federación determinadas materias competenciales que poseían. Si ésta no ejerce alguna de ellas, resulta lógico que la autoridad local reasuma la función, hasta que no exista un ejercicio efectivo de dicha facultad por parte del poder central.

Por lo tanto, la competencia concurrente supone un desarrollo local considerable que compite con la Federación por el control de la actividad gubernamental y de los actos de autoridad. En este sentido, es una forma de cubrir vacíos relativos al ejercicio de una atribución y no a su titularidad.

---

<sup>29</sup> Tal es el caso del Estado de Bienestar en donde la Federación asume responsabilidades de interés social, las cuales competen a los gobiernos locales.

De acuerdo con Felipe Tena Ramírez<sup>90</sup>, cuando las facultades concurrentes se emplean simultáneamente por dos jurisdicciones (facultades coincidentes) o que sea ejercida provisionalmente y supletoriamente por una jurisdicción a la que constitucionalmente no le corresponde (facultad concurrente en el sentido americano) se está ante una excepción al principio del sistema federal, la cual siguiendo al mismo autor, sólo se explica en regímenes federales en que los Estados son lo suficientemente vigorosos para disputar derechos al gobierno central y están alerta para hacer suyos los poderes cuyo ejercicio descuida la Unión.

Por su parte, Jorge Carpizo<sup>91</sup> ha manifestado que las facultades coincidentes son aquellas que tanto la Federación como las entidades federativas pueden realizar por disposición constitucional; están establecidas en dos formas: una amplia y una restringida.

La facultad coincidente se señala en la Constitución en forma amplia cuando no se faculta a la Federación o a las entidades federativas a expedir las bases o un cierto criterio de división. Por su parte la restringida es aquella en la cual, la Constitución confiere tanto a la Federación como a las entidades federativas, pero se concede a una de ellas la atribución para fijar bases o un cierto criterio de división de esta facultad.

Las facultades que nuestro sistema constitucional establece como concurrente, según varios autores, en realidad son facultades coincidentes, ya que éstas son ejercidas simultáneamente por la Federación y las entidades federativas.

No obstante, en el caso del Derecho a la Protección de la Salud, Jorge Carpizo<sup>92</sup>, asevera que se está ante la presencia de facultades coexistentes, en las cuales una parte de la misma facultad compete a la Federación y la otra a las entidades federativas.

Por otra parte, nuestra ley fundamental contempla concurrencias de facultades de tipo ejecutivo y legislativo. La primera de ellas se encuentra

---

<sup>90</sup> Tena Ramírez, Felipe, Derecho Constitucional Mexicano, Porrúa, México, 1985, p. 122.

<sup>91</sup> Carpizo, Jorge, *op. cit.*, pp. 253-254.

<sup>92</sup> *Idem.*

establecida en la fracción VI del artículo 116 constitucional, al disponer que *"La Federación y los Estados, en los términos de ley, podrán convenir la asunción por parte de éstos del ejercicio de sus funciones, la ejecución y operación de obras y la prestación de servicios públicos cuando el desarrollo económico y social lo haga necesario"*.

La concurrencia de facultades de tipo ejecutivo establece la posibilidad de que:

- La Federación esté facultada, si lo autoriza una ley, a convenir con los estados la transferencia de cualquier acto ejecutivo.
- Las atribuciones del órgano estatal que se beneficie de este tipo de traslado de facultades, este sustentada por la disposición genérica de una ley federal y por la atribución específica de las cláusulas de un convenio.
- No existe un campo cerrado para la distribución de facultades entre la Federación y los estados, sino que la Federación pueda consumir cualquier proceso de descentralización de atribuciones ejecutivas.

En cuanto a la concurrencia de facultades de tipo legislativo, son las que derivan de la atribución combinada, fragmentada y hasta compartida de una materia competencial específica que efectúa el constituyente en favor de los distintos órdenes de gobierno, a través de la distribución que se establece en una ley general o marco del Congreso de la Unión, como es el caso de la Ley General de Salud, en los artículos 3º y 13.

Como se ha apuntado, en nuestro sistema constitucional conviven tanto el federalismo dual como el cooperativo, con la instrumentación en ciertas materias de las llamadas leyes generales o leyes marco, a partir de las cuales se establece la distribución de competencias por parte del legislador secundario entre los distintos órdenes de gobierno, tarea anteriormente reservada de manera exclusiva a la Constitución. Tal es el caso de materias como educación, salud, asentamientos humanos, protección del ambiente y equilibrio ecológico, entre otras.

Las leyes generales son aquellas elaboradas por el Congreso de la Unión para cumplir con dos propósitos simultáneos: el primero consiste en distribuir competencias entre la Federación y las entidades federativas, otorgando las bases para el desarrollo de las leyes locales correlativas; el segundo en establecer en el propio cuerpo normativo el régimen federal para regular la acción de la Federación en la materia de que se trate.

El objeto de las leyes generales puede consistir en la regulación de un sistema nacional de servicios, como es el caso del Sistema Nacional de Salud o puede enfocarse al establecimiento de un sistema nacional de planeación, como es el caso de la Ley de Planeación; este tipo de disposiciones normativas ordenan actividades cuya naturaleza transversal impide que sean atendidas desde un sólo nivel de gobierno.

El modelo normativo de una ley general, según Martín Díaz y Díaz<sup>93</sup> debe contemplar los elementos siguientes:

- I. El apartado teleológico, donde se enumeran los criterios rectores y las finalidades del sistema competencial que regula la ley.
- II. La definición de su objeto, que puede consistir en la organización de un sistema nacional de servicios, de un sistema de planeación o en la simple distribución de actos de autoridad dentro de una determinada materia.
- III. El mecanismo distribuidor de competencias, el cual puede ser convenios o acuerdos de coordinación entre los distintos niveles de gobierno.
- IV. La atribución específica a la autoridad federal para la aplicación de la ley, generalmente esta función recae en una Dependencia de la Administración Pública Federal que funge como órgano rector o coordinador del sistema de servicios o de planeación previsto por la ley.
- V. Los mecanismos de coordinación, en virtud de que se persigue un propósito descentralizador, todas contienen disposiciones relativas a la

cooperación competencial entre los distintos niveles de gobierno. El instrumento generalmente aceptado para los efectos cooperativos son los convenios de coordinación, y en el caso de la Ley General de Salud son los acuerdos de coordinación.

- VI. Los mecanismos de concertación, estas leyes operan bajo la tendencia de que la función pública debe mantener un amplio nivel de apertura hacia los gobernados e incluso definir cauces específicos para la participación corresponsable de los ciudadanos y del sector social. En este sentido, prevén la posibilidad de concertar acciones con los agentes sociales interesados.

En el caso del Derecho a la Protección de la Salud, la distribución de facultades concurrentes, se encuentra establecida en la Ley General de Salud, la cual tiene, entre otras características, las siguientes:

- I. Efectúa la distribución de competencias sólo por lo que se refiere a la materia de salubridad general, dejando a las legislaturas locales la regulación de la salubridad local.
- II. Establece la participación regional de los distintos niveles de gobierno en la realización de las acciones que componen el Sistema Nacional de Salud, así como de aquellas derivadas del Programa Nacional de Salud.
- III. Hace mención de las acciones que temporalmente deben desarrollar la Federación en las entidades federativas. El propósito del legislador sobre tales potestades es que los poderes locales asuman, paulatinamente, la función pública en el ámbito de su competencia.
- IV. Regula el proceso de descentralización, por lo que su articulado no se refiere solamente a materias fijas, sino que también establece directrices para normar las transferencias paulatinas de los servicios de salud hacia los Estados.

---

<sup>46</sup> Díaz y Díaz, Martín, "México en la vía del federalismo cooperativo. Un análisis de los problemas en torno a la distribución de competencias" en Homenaje a Fernando Vázquez Pando, Themis. Colección de la Barra Mexicana, México, 2001.

Merece especial atención los mecanismos de distribución de competencias y de coordinación entre la Federación y las entidades federativas para el ejercicio de la función pública en materia de salubridad general.

Entre los aspectos que establecen los acuerdos de coordinación, destacan los siguientes:

- I. Se definen materias de salubridad general concurrentes, independiente de las facultades exclusivas de la Federación y de los Estados, las cuales, en general no implican actos de molestia hacia los gobernados.
- II. Se establecen expresamente el traslado de actos ejecutivos, competencia de la Federación, a los poderes locales, en materia de control sanitario.
- III. Se disponen mecanismos de coordinación que dan origen a organismos públicos descentralizados, a éstos la ley les atribuye capacidad para realizar actos de autoridad según lo dispongan los acuerdos de coordinación respectivos<sup>94</sup>.

Cuando los acuerdos de coordinación trasladan facultades a los gobiernos locales, originalmente asignadas a la Federación, que no implican actos que producen efectos hacia los gobernados, no se presenta ningún problema de legalidad. Sin embargo, cuando se transfieren actos de autoridad que afectan la esfera de derechos de los gobernados, las cosas adquieren un matiz más complejo.

El problema jurídico en torno a los acuerdos de coordinación consiste en determinar la extensión que puede otorgársele a su objeto; es necesario determinar si es posible que la Federación traslade, a través de tales instrumentos, facultades específicas a los estados y si, con base en dichos acuerdos, la autoridad local puede ejercer la atribución transferida, realizando actos de molestia a los particulares.

La solución se encuentra entre dos polos opuestos: la necesidad de certeza que se concreta en el principio de legalidad, según el cual toda potestad pública debe provenir directamente de la ley; y del otro lado, en el marco del

---

<sup>94</sup> Cfr. Artículo 20 fracción III y 21 fracción IV Ley General de Salud.



federalismo cooperativo, bajo el impulso de la descentralización de la vida nacional, que supone transferencias de atribuciones a los poderes periféricos de un modo minucioso y responsable.

Por lo anterior, se puede encontrar un punto intermedio entre las dos posiciones, respetando el marco constitucional, por lo que es necesario que:

- I. Para trasladar competencias que impliquen actos de autoridad, a través de un acuerdo de coordinación, es necesario que la ley general establezca de manera expresa dicha transferencia; como es el caso de los artículos 19, 20 y 21 de la Ley General de Salud.
- II. La competencia objeto de traslado debe corresponder exclusivamente a actos de tipo administrativo. No pueden incluirse actividades reglamentarias o normalizadoras.

En este sentido, los mecanismos de coordinación de tipo traslativo son coherentes con la *ratio legis* de las leyes generales y con la intención de descentralización que las alienta, sin embargo, estos procedimientos son una excepción a la fórmula de distribución de competencias que consagra el artículo 124 constitucional, por lo que la cuestión a dirimir consiste en cómo acoplar dentro de nuestro sistema constitucional los dos tipos de federalismo que coexisten en nuestro sistema federal.

En este sentido, la acción del poder judicial al dirimir las controversias que surjan en el ejercicio de facultades trasladadas a través de los acuerdos de coordinación por parte de la Entidades Federativas, producirá certidumbre jurídica a través de la jurisprudencia. Los órganos jurisdiccionales podrán optar por sostener la pureza del federalismo dual y detener las transferencias de atribuciones por vía de acuerdos de coordinación; o bien, decidir en favor del carácter vinculante de estos últimos, siempre que las transferencias encuentren apoyo expreso en la ley.

Existe también la posibilidad de que a través de una acción legislativa se busque consolidar constitucionalmente el federalismo cooperativo, estableciendo de manera expresa dentro del artículo 124 un ámbito restrictivo al sistema dual. Al

introducirse un párrafo nuevo que autorizara de manera expresa al Congreso de la Unión para que las leyes generales pudieran habilitar los convenios de traslado de atribuciones a los poderes locales. De este modo coexistirían dos sistemas de distribución de atribuciones y no cabría duda sobre la constitucionalidad del ejercicio de las potestades descentralizadas.

Por lo tanto, la interpretación constitucional del Poder Judicial es un factor importante para establecer los límites competenciales del sistema federal en México, debido a que la transformación de cualquier política pública a institución jurídica, depende en buena medida de su consolidación por la vía jurisdiccional.

## **2.6. Salubridad General**

Con el objetivo de definir claramente el marco jurídico y político del Derecho a la Protección de la Salud, es necesario abordar el concepto de salubridad general. Ante tal necesidad nos encontramos un problema de fondo, toda vez que no existe una definición universalmente aceptada. Incluso, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha interpretado, sin tener la claridad suficiente el concepto tal como se desprende de la tesis siguiente:

### **SALUBRIDAD GENERAL DE LA REPUBLICA.**

Conforme al artículo 73 de la Constitución, está reservada al Poder Legislativo Federal, el ramo de Salubridad General de la República, y algunos de los incisos de este precepto, dan clara idea de que el Constituyente quiso ampliar, en cuanto fuere posible, la acción sanitaria del Poder Federal, y así estatuyó que las disposiciones del Consejo de Salubridad, serán obligatorias en todo el país; que la autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas de todo el país, especialmente, las relativas a combatir el alcoholismo y tráfico de substancias que enervan al individuo y degeneran la raza; y el caso insólito de que en una constitución se estatuya de modo casuístico sobre esas materias, se justifica por los gravísimos daños que tales vicios originan a la colectividad, y no es de creerse que después de consignar casos especiales en sus preceptos legislativos, el Constituyente haya querido prever esos mismos casos y debilitar a la vez la acción ejecutiva, dividiendo la jurisdicción sobre esas materias entre el poder federal y las soberanías locales. Es cierto que el inciso XVI, del artículo 73 de la Constitución, habla de salubridad general de la República, lo cual dejaría entrever que cuando se trata de salubridad local, de una región o Estado, la materia quedaría reservada al poder local correspondiente; esto es innegable, pero entonces la dificultad consistirá en precisar lo que es

salubridad general de la República y lo que corresponde a salubridades generales locales, lo cual debe decidirse mediante un examen concreto en cada caso de que se trate, y es más bien una cuestión de hecho que deben decidir los tribunales, y en su oportunidad, la Suprema Corte, interpretando la Constitución y las leyes federales y locales.

Quinta Época, Pleno, Semanario Judicial de la Federación, Tomo: XXXII, Página 411.

Por su parte, la doctrina define a la salubridad como la calidad de salubre o saludable, sinónimo de higiene y relacionado con la administración sanitaria; ésta última es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, fomentar y reparar la salud de los habitantes de una comunidad; se ocupa de los diversos factores que determinan la frecuencia de la enfermedad, los defectos físicos o traumatismos, la fertilidad, la duración y calidad de vida, la eficiencia mental y física de la población.

Por lo tanto, se puede conceptuar a la salubridad general, como el ejercicio de la función pública, por parte del Estado, con la finalidad de prevenir, proteger, rehabilitar y vigilar las condiciones de salud pública de la población en general, así como estudiar las factores que inciden en el desarrollo de enfermedades y en los riesgos sanitarios, lo cual no sólo implica el conjunto de materias que la componen, en términos de la Ley General de Salud, sino que está intrínsecamente vinculado a la distribución de competencias y a la actuación de la Federación que a través de la Secretaría de Salud, ejerce la rectoría en la materia.

En materia de salubridad general existen tres clases de atribuciones: las exclusivas de la Federación, en las que no pueden participar los Estados; las que pertenecen a la Federación, sin embargo, son susceptibles de asumirse por los Estados y, finalmente, las que corresponden a las entidades federativas.

Por lo tanto la distribución de competencia en el ámbito de la salud se realiza de la manera siguiente:

Materias de Salubridad General exclusiva de la Federación.

- La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud dirigidos a la población en general; servicios

- sociales y privados; y demás que establezcan las autoridades;
- La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;
  - Protección social en salud<sup>95</sup>;
  - El programa contra la farmacodependencia;
  - 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, de curación y productos higiénicos;
  - El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en los dos puntos anteriores;
  - El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere la Ley General de Salud;
  - El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos; y
  - La sanidad internacional.

#### Materias de Salubridad General correspondientes a las Entidades Federativas.

- La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
- La atención materno-infantil;
- La planificación familiar;
- La salud mental;
- La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las

---

<sup>95</sup> Con la reforma a la Ley General de Salud, publicada en el DOF el 29 de mayo de 2003, se adicionó la protección social en salud como materia de salubridad general exclusiva de la Federación

- 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 ésta 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 y el saneamiento básico;
  - La prevención y el control de enfermedades transmisibles;
  - La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y 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.

#### Materias de Salubridad General participables a las Entidades Federativas.

A través de acuerdos de coordinación el Ejecutivo Federal puede convenir con las entidades federativas su participación en la prestación de los servicios a los que se refieren las facultades exclusivas de la Federación.

#### Competencia exclusiva de la Federación.

- Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional, en materia de salubridad general y verificar su cumplimiento;
- Organizar y operar los servicios de salud, referentes a las materias de salubridad general exclusivas de la Federación y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud;

- 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 éstas así lo soliciten;
- 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 en la materia;
- Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general;
- Promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento; -
- Coordinar el Sistema Nacional de Salud;
- Realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional;
- Ejercer la coordinación y vigilancia general del cumplimiento de la Ley General de Salud y las normas aplicables a la materia.

Competencia de las Entidades Federativas en materias de salubridad general.

- Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general que le corresponden;
- Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática;
- Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetos 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; y
- Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta ley y demás disposiciones aplicables a la materia.

## 2.7. Descentralización

Miguel Acosta Romero, define en la obra "Derecho Administrativo" que la descentralización es la decisión política de los gobernantes de entregar a los gobiernos regionales, locales y municipales, una serie de responsabilidades que van desde actos políticos hasta cuestiones presupuestales y de planificación<sup>96</sup>.

Asimismo apunta que *"Según la teoría francesa, toda descentralización puede revertir dos formas: Una concierne al agrupamiento del cuerpo ejecutivo en función del suelo, y es llamada descentralización territorial, y es la forma más antigua y tradicional, a la que se aplica el término de descentralización (...). En cuanto a la descentralización por servicios (técnica o funcional) fue puesta en funcionamiento por la práctica de desprender de un servicio público del cuerpo administrativo estatal y encomendarlo a un establecimiento público."*<sup>97</sup>

Por su parte Rondinelli<sup>98</sup> establece básicamente tres tipos de descentralización: la desconcentración, la delegación y la devolución. La desconcentración es la forma menos extensiva de las tres, en su forma extrema ésta implica únicamente el traspaso de la carga de trabajo del gobierno central a la periferia, sin ningún tipo de autoridad para la toma de decisiones en cuanto a la forma en que las nuevas funciones serán llevadas a cabo. La desconcentración también puede significar cierto grado de poder y flexibilidad en la toma de decisiones, pero solo en cuanto a los ajustes necesarios para la implementación de las directrices centrales a las condiciones locales, a pesar de ello, los empleados de las oficinas locales seguirán bajo el mando y designación directa de la autoridad central.

La delegación es vista como un punto intermedio en el fenómeno de descentralización, donde el poder de decisión y la autoridad administrativa son delegados para funciones específicas a organizaciones que se encuentran bajo el control indirecto del gobierno central.

<sup>96</sup> Acosta Romero, Miguel, *Teoría General del Derecho Administrativo*, Porrúa, México, 1995, p.469.

<sup>97</sup> *Idem*

<sup>98</sup> Rondinelli, Dennis A., *Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice in Developing Countries*, International Review of Administrative Sciences, vol. XLVII, Núm. 2., E.U.A., 1981.

La devolución implica la necesidad de desarrollar instituciones de gobiernos locales, en el sentido de que éstas sean percibidas por los ciudadanos de la localidad como organizaciones proveedoras de servicios que satisfagan sus necesidades, y como unidades de gobierno sobre las cuales pueden ejercer alguna influencia. Por lo que el gobierno local recupera la responsabilidad de algunas funciones, pero en la que el gobierno central mantiene un poder de supervisión y en donde puede jugar un papel financiero importante.

Rondinelli destaca que el gobierno del centro en el proceso de descentralización necesita ser tan fuerte como en una centralizada; por otra parte señala que para que el proceso de la descentralización tenga éxito es necesario un nivel mínimo de desarrollo económico con el fin de que los gobiernos locales puedan asumir las responsabilidades implícitas en un proceso descentralizador, tales como la prevención y protección de la salud.

Un elemento asociado al proceso descentralizador en el ámbito de la salud es la participación social y comunitaria, pues como señala Keijzer<sup>99</sup> *"En los últimos lustros el estado de bienestar ha llegado a su límite por lo que empiezan los recortes al gasto social y se redescubren el autocuidado y la participación, no como un derecho, sino como fórmulas para extender cobertura y bajar costos."*

Por lo que toca a la participación del individuo en salud, esta se considera en diferentes niveles: 1) Como individuos en relación con su propia salud, 2) Como comunidad que atiende la salud a través de servicios tipo "brigadas sanitarias" o campañas preventivas y, 3) Como comunidad política controlando el sistema de salud y a sus profesionales, y la asignación de presupuesto.<sup>100</sup>

Asimismo, la descentralización se ha definido como la transferencia de autoridad a organizaciones paraestatales, gobiernos locales y organizaciones no gubernamentales. Muchos gobiernos y agencias de países en desarrollo promueven esta estrategia como parte de las reformas administrativas que

---

<sup>99</sup> De Keijzer, Benno, "Participación popular en salud, logros, retos y perspectivas" en *Prácticas populares, ideología médica y participación social* U de G y Ciesas, México, 1992.

<sup>100</sup> Gish, Oscar, *The Political Economy of Primary Health Care and Health by the People, an Historical Exploration*, Soc. Sci. & Med., vol. 13C, Pergamon Press, Reino Unido, 1979, pp. 203-211.



intentan mejorar la equidad y la eficiencia<sup>101</sup>. Estas medidas se apoyan en la tesis de que la excesiva centralización incrementa los costos económicos y sociales.

La descentralización generalmente presenta dos ventajas, la primera es que incrementa la capacidad de respuesta de las administraciones públicas frente a las demandas sociales, y la segunda, es que la autoridad central, liberada de la operación de los servicios, puede concentrarse en tareas normativas, de supervisión y evaluación.

Para Shabbir y Rondinelli<sup>102</sup>, entre las razones específicas para descentralizar la función pública se encuentran las siguientes:

- I. La descentralización permite superar las limitaciones de las decisiones centralizadas, pues se delega autoridad a funcionarios que se encuentran más cerca de los problemas y por tanto de las necesidades de regiones y grupos heterogéneos.
- II. La descentralización puede disminuir la excesiva burocratización de los procedimientos, la cual es resultado parcial de la concentración del poder, la autoridad y los recursos en el gobierno central.
- III. Al descentralizar funciones y transferir funcionarios gubernamentales centrales a las localidades, el conocimiento de los funcionarios y su sensibilidad a los problemas y necesidades de la población aumenta.
- IV. La descentralización permite que los planes centrales penetren con más facilidad en áreas remotas que tradicionalmente se descuidan.
- V. La descentralización favorece la participación de grupos políticos y étnicos en las decisiones, lo cual puede traducirse en políticas públicas que asignen con equidad las inversiones y los recursos gubernamentales.
- VI. La descentralización puede incrementar la capacidad administrativa de los gobiernos centrales, locales y de las instituciones privadas en las regiones. Los funcionarios centrales de alto nivel, por ejemplo, delegan

---

<sup>101</sup> Tal es el caso, en el ámbito de la salud, las agencias regulatorias en Argentina, Administración Nacional de Medicamentos y Alimentos (ANMAT); Brasil, Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA); Colombia, Instituto Nacional de Vigilancia de medicamentos y Alimentos (INVIMA); y en México la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

<sup>102</sup> Shabbir Cheema y Rondinelli, Dennis A., Decentralization in Developing Countries, Beverly Hills-Sage, E.U.A., 1983, pp. 14-16.

a los locales tareas rutinarias, lo cual permite que los primeros se concentren en la planeación y supervisión cuidadosa de los programas. En general, la descentralización genera procedimientos administrativos más flexibles, innovadores y creativos porque los gobiernos estatales o municipales tienen más oportunidades de implementar programas específicos para su región.

VII. La descentralización favorece la coordinación entre las acciones de los ministerios o agencias centrales con los líderes locales y organizaciones no gubernamentales.

La descentralización puede significar, de manera pragmática, según Norman Fumiss<sup>103</sup>, la transferencia del control de empresas públicas de funcionarios gubernamentales a consejos relativamente autónomos; el desarrollo de insumos económicos regionales para los esfuerzos nacionales de planeación; la transferencia de funciones administrativas a niveles jerárquicos inferiores o a otros territorios; la creación de unidades legislativas de menor tamaño; la transferencia de responsabilidades a cuerpos legislativos subnacionales y también que más personas controlen una empresa productiva.

Del mismo modo, la descentralización de la administración pública puede definirse con grados de amplitud distintos. En algunos casos, la definición se concentra en la dimensión territorial y considera a la descentralización como la dispersión de unidades administrativas sobre el territorio o bien como la regionalización territorial de las acciones de una dependencia federal.

También se ha llegado a sostener que la descentralización incluye no sólo la dispersión territorial y la regionalización de las acciones, sino la distribución de la autoridad sobre las decisiones y los recursos.

Enrique Cabrero y José Mejía Lira conceptualizan a la descentralización como un proceso que intenta revertir una tendencia de centralización y concentración del poder de decisión, así como de los recursos que permite el ejercicio de éste. Por lo tanto, todo proceso de descentralización pretendería, en principio, conformar una estructura oligopólica del poder donde es posible

detectar núcleos de decisión periféricos con un considerable nivel de autonomía relativa con respecto al núcleo de decisión central. Aun cuando el núcleo de decisión central, en este caso el gobierno federal, tenga un peso específico mayor que los núcleos periféricos, gobiernos estatales y municipales, toda decisión tiene que resultar de un proceso donde participen conjuntamente los núcleos central y periféricos<sup>104</sup>.

El proceso descentralizador tiene importantes implicaciones en términos de los sistemas de dominación política, el acceso de los distintos grupos a los centros de toma de decisiones, y en el carácter y definición de políticas públicas<sup>105</sup>.

Por lo que respecta a la descentralización en el ámbito de la salud, el tema se abordará de manera específica en el capítulo siguiente, en el cual se analizarán las políticas públicas, instrumentos de planeación y acuerdos de coordinación que sirvieron como base para la descentralización de los servicios de salud en nuestro país.

## 2.8. Rectoría del Estado

Por rectoría del Estado<sup>106</sup>, de acuerdo con el Diccionario Jurídico<sup>107</sup>, se entiende la capacidad jurídica para conducir el desarrollo democrático y la actividad económica del país; lo anterior implica la sistematización y la elevación a rango constitucional de las atribuciones del Estado en la economía, así como la definición de los principios y objetivos que los distintos agentes económicos deben observar al desarrollar una actividad económica.

Esta función pública se vincula con la regulación de la actividad económica de los particulares; la consagración y la tutela de los derechos sociales; el régimen de las entidades paraestatales y el Sistema Nacional de Planeación.

---

<sup>103</sup> Furniss, Norman. "The practical significance of decentralization", en: *The Journal of Politics*, Num.37, E.U.A. 1974, p. 973.

<sup>104</sup> Cabrero, Enrique y José Mejía Lira. *Marco teórico metodológico para el estudio de políticas descentralizadoras en México*, CIDE, México, 1992, p. 35

<sup>105</sup> Collins, Charles y Andrew Green. *Decentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in Developing Countries*, International Journal of Health Services, vol. 24, núm. 3, E.U.A., 1994, pp. 459-475.

<sup>106</sup> Cabe mencionar que en la reforma constitucional a los artículos 25 y 26, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1982, se estableció la Rectoría del Estado y el Sistema Nacional de Planeación Democrática.

El Sistema Nacional de Planeación permite que el Estado organice la función pública con el propósito de imprimir solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para fortalecer la soberanía, así como la democratización política, social y cultural del país.

Por lo tanto, la planeación es el instrumento que la Constitución otorga al Estado, para englobar y sistematizar la facultad de rectoría del desarrollo nacional; mismo que debe ser integral, fortaleciendo la soberanía de la Nación y su régimen democrático. Mediante el fomento del crecimiento económico y del empleo, así como de una justa distribución del ingreso y la riqueza que permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege la propia Constitución.

A través de la planeación nacional, el Estado puede sistematizar su actividad económica tanto de intervención directa como indirecta; propicia el cumplimiento de los derechos sociales; preserva las libertades individuales y ordena la actividad de su sector empresarial. Por ello, la planeación es la principal herramienta con que cuenta el Estado para cumplir con su misión de rectoría del desarrollo nacional.

Además, el Ejecutivo Federal inducirá las acciones de los particulares y del conjunto de la población, necesarias para propiciar la ejecución del Plan Nacional de Desarrollo y los programas que de él deriven, mismos que deberán proponerse a los gobiernos de las entidades federativas a través de convenios de coordinación.

En esos instrumentos de coordinación, el Ejecutivo Federal pacta con los gobiernos de las entidades federativas, la participación de éstas en la planeación del desarrollo, considerando también la participación de los municipios.

La planeación, de acuerdo con su marco jurídico, debe llevarse a cabo como un medio para el eficaz desempeño de la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo integral del país y deberá tender a la consecución de los fines y objetivos políticos, sociales, culturales y económicos contenidos en la Constitución Política.

---

<sup>107</sup> Diccionario Jurídico Mexicano, IIJ. 2ª Ed., Porrúa, México, 2000, pp. 2423-2425 y 2699-2702

Mediante la planeación se fijarán los objetivos, metas, estrategias y prioridades; se asignarán recursos, responsabilidades y tiempos de ejecución, se coordinarán acciones y se evaluarán resultados.

El Ejecutivo Federal, en el marco de la planeación nacional utiliza los instrumentos siguientes:

- I. Plan Nacional de Desarrollo.
- II. Programas:
  - a. Sectoriales. (sectores administrativos)
  - b. Institucionales. (entidades paraestatales)
  - c. Regionales. (por regiones geográficas)
  - d. Especiales. (prioridades del desarrollo integral en dos o más sectores)
- III. Convenios de Desarrollo Social.
  - a. Acuerdos de coordinación.
  - b. Anexos de ejecución.
- IV. Convenios de concertación e inducción de acciones.

El Plan Nacional de Desarrollo precisa los objetivos nacionales, estrategias y prioridades del desarrollo integral del país, contiene previsiones sobre los recursos que serán asignados a tales fines; determina los instrumentos y responsables de su ejecución; establece los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional; las previsiones de carácter económico y social, y regirá el contenido de los programas que se generen en el Sistema Nacional de Planeación Democrática.

Los programas sectoriales se sujetarán a las previsiones contenidas en el plan y especificarán los objetivos, prioridades y políticas que regirán al desempeño de las actividades del sector administrativo de que se trate. Contendrán estimaciones de recursos y determinaciones sobre instrumentos y responsables de ejecución.

Los programas institucionales elaborados por las entidades paraestatales, deberán guardar congruencia con lo establecido en el Plan y en el programa sectorial correspondiente. Las entidades, al elaborar sus programas

institucionales, se ajustarán, en lo conducente, a la ley que regule su organización y funcionamiento.

Los programas regionales se referirán a las regiones que se consideren prioritarias o estratégicas, en función de los objetivos nacionales fijados en el Plan, y cuya extensión territorial rebase el ámbito jurisdiccional de una entidad federativa.

Los programas especiales se referirán a las prioridades del desarrollo integral del país establecido en el plan o a las actividades relacionadas con dos o más dependencias coordinadoras de sector.

El Convenio de Desarrollo Social es el instrumento consensual a través del cual, el Ejecutivo Federal conviene con los gobiernos de las entidades federativas la coordinación que se requiera a efecto de que dichos gobiernos participen en la planeación nacional de desarrollo; coadyuven, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones, a la consecución de los objetivos de la planeación nacional, y para que las acciones a realizarse por la Federación y los Estados se planeen de manera conjunta. La ley establece como postulado, que en todos los casos se debe considerar la participación que corresponda a los municipios.

En estos convenios se incluyen los temas siguientes:

- I. La participación estatal en la planeación nacional a través de la presentación de propuestas.
- II. Los procedimientos de coordinación.
- III. Los lineamientos metodológicos para la realización de las actividades de planeación.
- IV. La elaboración de los programas regionales.
- V. La ejecución de las acciones que deban realizarse en cada entidad federativa, y que competen a ambos órdenes de gobierno, considerando la participación que corresponda a los municipios interesados y a los sectores de la sociedad.

En la celebración de los convenios, el Ejecutivo Federal definirá la participación de los órganos de la administración pública centralizada que actúen

en las entidades federativas, en las actividades de planeación que realicen los respectivos gobiernos de los Estados.

Al respecto es conveniente recordar la reflexión que realizó José Francisco Ruiz Massieu al exponer que *“A menudo los críticos ignoran que el activismo legislativo responde a dos hechos que le dan sustento y explican su función política: la transformación que han sufrido las leyes y la confianza del pueblo en ellas. Las leyes han dejado de ser un cuerpo sistemático de normas jurídicas perfectas (que rigen una conducta y previenen una sanción) para convertirse en documentos que acogen también normas impropias de naturaleza programática, que contienen lineamientos de acción para los poderes públicos. En ese sentido, la ley (el derecho) siguiendo a Georges Burdeau, es una representación del futuro; es creadora del futuro”*<sup>108</sup>.

Una vez asentado el marco jurídico y político del Derecho a la Protección de la Salud se buscará, en el tercer capítulo, analizar las fases del federalismo y descentralización establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo y Programa Nacional de Salud de cada periodo presidencial que dieron forma al actual Sistema Nacional de Salud.

### **CAPÍTULO 3. Federalismo y descentralización en materia de salud**

En nuestro país, las políticas descentralizadoras de la función pública no son privativas de las décadas de los ochenta y noventa, sino al contrario, como se comentó en los capítulos que anteceden, encuentra su antecedente más remoto en la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios de la República Mexicana, disposición normativa que respondía un contexto histórico determinado, en el cual se buscó impulsar el desarrollo regional para hacer frente a la modernidad industrial, sin menoscabo de la responsabilidad con el avance rural.

---

<sup>108</sup> Ruiz Massieu, José Francisco, “Relaciones entre el Poder Ejecutivo y el Congreso de la Unión. La Planeación Legislativa”, en: *Cuestiones de Derecho Político, México y España*, UNAM, México, 1993, p. 85

en las entidades federativas, en las actividades de planeación que realicen los respectivos gobiernos de los Estados.

Al respecto es conveniente recordar la reflexión que realizó José Francisco Ruiz Massieu al exponer que *“A menudo los críticos ignoran que el activismo legislativo responde a dos hechos que le dan sustento y explican su función política: la transformación que han sufrido las leyes y la confianza del pueblo en ellas. Las leyes han dejado de ser un cuerpo sistemático de normas jurídicas perfectas (que rigen una conducta y previenen una sanción) para convertirse en documentos que acogen también normas impropias de naturaleza programática, que contienen lineamientos de acción para los poderes públicos. En ese sentido, la ley (el derecho) siguiendo a Georges Burdeau, es una representación del futuro; es creadora del futuro”*<sup>108</sup>.

Una vez asentado el marco jurídico y político del Derecho a la Protección de la Salud se buscará, en el tercer capítulo, analizar las fases del federalismo y descentralización establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo y Programa Nacional de Salud de cada periodo presidencial que dieron forma al actual Sistema Nacional de Salud.

### **CAPÍTULO 3. Federalismo y descentralización en materia de salud**

En nuestro país, las políticas descentralizadoras de la función pública no son privativas de las décadas de los ochenta y noventa, sino al contrario, como se comentó en los capítulos que anteceden, encuentra su antecedente más remoto en la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios de la República Mexicana, disposición normativa que respondía un contexto histórico determinado, en el cual se buscó impulsar el desarrollo regional para hacer frente a la modernidad industrial, sin menoscabo de la responsabilidad con el avance rural.

---

<sup>108</sup> Ruiz Massieu, José Francisco, “Relaciones entre el Poder Ejecutivo y el Congreso de la Unión: La Planeación Legislativa”, en: *Cuestiones de Derecho Político, México y España*. UNAM, México, 1993, p. 85.



En este sentido la ley antes mencionada, facultaba al Jefe del Departamento de Salubridad Pública para celebrar convenios con los estados y, si lo permitía la legislación local, con los ayuntamientos, en material de unificación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios. Desde este ordenamiento, todos los códigos sanitarios<sup>109</sup> incluían la fórmula de la coordinación que tenía como elementos básicos los siguientes: la Federación y los estados aportarían recursos humanos y financieros; la dirección técnica correspondería a la Federación por conducto del Departamento de Salubridad, además, permitía que se firmaran convenios de coordinación sanitaria. Estos convenios incluían los fondos y bienes que se afectaban, el derecho de las partes a vigilar el desarrollo de los servicios y facultaba al titular del Departamento para designar al jefe de los Servicios Coordinados de Salud<sup>110</sup>.

Para los siguientes años coexistían tres modalidades para la asignación de recursos públicos para los servicios de salud, lo cual contribuyó a la creación de un modelo de atención a la salud que se caracterizó por la falta de coordinación y la heterogeneidad de los servicios.

- Atención a problemas de salud específicos, con el modelo de las compañías iniciadas en las Unidades Sanitarias.
- Atención a todos los residentes de estados y municipios mediante la asignación de recursos a servicios no personales y en menor medida asistenciales. Estas actividades seguían a cargo de los Servicios Coordinados de Salud Pública.
- Atención a grupos estratégicos para la producción por medio de contribuciones de trabajadores, patrones y gobierno.

En 1943 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social, con el propósito de administrar las contribuciones tripartitas para prestar servicios integrales de salud a los asalariados de la naciente industria nacional. Con mucha rapidez, el Seguro Social centralizó la gestión; eliminó la participación comunitaria y concentró los servicios de salud en grandes clínicas y hospitales<sup>111</sup>.

<sup>109</sup> Después de la década de los treinta, se publicaron cuatro Códigos Sanitarios en los años de 1943, 1949, 1954 y 1973.

<sup>110</sup> Soberón Acevedo, Guillermo, et al., *La Salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural*, FCE-Secretaría de Salud, México, 1988, pp. 136.

<sup>111</sup> Cfr. González Block, Miguel Ángel en *La descentralización del sector salud en México. Alcances y limitaciones de los*

En ese mismo año, con la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, encargada de asignar recursos a los Servicios Coordinados y de proveer servicios de salud a la población que no recibía seguridad social, entre ellos la mayor parte de los campesinos. Asimismo, se ocupaba de las campañas extraordinarias para combatir epidemias y problemas específicos de salud, como era el caso de las campañas de vacunación.

En consecuencia, ante la existencia de dos instancias proveedoras de servicios de salud y la polarización de los universos de usuarios, se dio origen a un sistema de salud bivalente, el primero enfocado a la población abierta a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el segundo, responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social, dirigido a la población perteneciente al sector formal de la economía integrado por los trabajadores y patronos, así como a sus derechohabientes.

En la década de los cincuenta, surgieron organismos y acciones con márgenes de autonomía interesantes, con el propósito de solucionar graves problemas sanitarios, sin considerar la participación estatal o municipal. Un ejemplo de ello es la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo, su centralización técnica fragmentó aún más la política sanitaria, pues se multiplicaron las autoridades centrales y no se crearon instancias integradoras para las acciones estatales o municipales. Situación que prevaleció, como se apuntó en el capítulo anterior hasta la década de los ochenta.

En 1982, el gobierno de Miguel de la Madrid, fundamentó su acción pública en el Sistema Constitucional y el principio de Federalismo para profundizar en una reforma política; la descentralización, la desconcentración y la reforma fiscal ocuparon un lugar preponderante en la estrategia para fortalecer los tres niveles de gobierno. El fin fue legitimar el papel de la Secretaría de Salubridad y Asistencia como cabeza de sector y así allanar el camino hacia el establecimiento del Sistema Nacional de Salud.

En primer lugar, la Secretaría de Salud desconcentró todas sus oficinas

regionales, dándoles mayores responsabilidades administrativas, tales como planeación y presupuestación. La Secretaría se enfocó en aquellos estados que presentaban menos resistencia, tanto por lo que toca al IMSS como a los gobernadores locales<sup>112</sup>.

La descentralización en su primera etapa abarcó únicamente a 15 estados; este proceso fue interrumpido, por lo que la Secretaría de Salud continuó con responsabilidades operativas en los 16 estados restantes, lo que le impidió concentrarse plenamente en la planeación, coordinación y supervisión global del sector.

Al inicio del sexenio de Ernesto Zedillo, el Ejecutivo Federal reconoció el impacto del descuido de las políticas públicas de salud y como consecuencia el menoscabo de la función rectora o moduladora del Estado en la materia, así como la descoordinación intrasectorial entre las dependencias y entidades de la administración pública encargadas de brindar servicios de salud a la población abierta y a los derechohabientes.

Por ese motivo, en el Programa Nacional de Salud 1995-2000 se puntualizó que al privilegiarse el apoyo gubernamental al desarrollo económico y la atención curativa, a través de las instituciones de salud, se incurrió en un importante costo: una menor atención a las políticas de salud pública. Los Servicios Coordinados adquirieron, de facto, mayores responsabilidades de atención directa para la población abierta. Por otra parte la separación definitiva de los servicios para la población asegurada y para la población abierta le confirió a cada institución funciones normativas y presupuestales independientes<sup>113</sup>.

Lo anterior, fomentó un nuevo periodo de descentralización, el que en el marco del "Nuevo Federalismo" dio un impulsó al Sistema Nacional de Salud, así como la federalización de la salud con el fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud. Sin embargo, los esfuerzos no han sido suficientes; si bien es cierto que en el caso específico de los servicios de salud en nuestro país, las estrategias gubernamentales de descentralización y la tendencia estatal del federalismo en la

<sup>112</sup> González Block, Miguel Ángel y René Leyva, et al., Health Services Decentralization in Mexico. Formulation, Implementation and Results of Policy, Health and Planning, Oxford University Press, EUA, 1989, pp. 301-315.

<sup>113</sup> Programa Nacional de Salud 1995-2000, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de marzo de 1996, p. 10.

materia están orientadas hacia el mismo objetivo que es consolidar la función pública en sus tres niveles de gobierno; también lo es que en la etapa en que nos encontramos, es necesario que se democratice la salud, es decir que se dé una participación activa de la sociedad civil en la creación y gestión de las políticas públicas en la materia, por supuesto, bajo la rectoría del Estado; la conjunción de esfuerzos tanto materiales como financieros de las Entidades Federativas, la Federación, el sector social y privado así como una rendición de cuentas transparente.

### **3.1. 1982-1988 Primera Etapa**

#### **3.1.1. Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988**

En el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, el Ejecutivo Federal consideró que a través de la descentralización de la vida nacional, se fortalecería a los estados y municipios, con la finalidad de construir el espacio esencial de la vida económica, social y política del país dentro de un mejor equilibrio territorial, impulsando al federalismo.

Asimismo, se estableció como una orientación para el desarrollo "la descentralización de la vida nacional", se pensó que *"el acceso a una Sociedad Igualitaria implica (sic) buscar condiciones de vida adecuadas para todos los mexicanos y para todos los estados de la Federación. La República Mexicana es producto de la voluntad política de los estados de formar una Federación. El Federalismo es el principio de estructuración del espacio nacional, a partir de la voluntad de estados miembros iguales. Sin embargo, las premisas jurídicas inherentes a los principios políticos no se han traducido siempre en un crecimiento equilibrado, que favorezca la igualdad de posibilidades de desarrollo para las diversas regiones geográficas."*<sup>114</sup>

Lo anterior, sirvió como base para la descentralización de los servicios de salud y de educación, toda vez que a través del fortalecimiento de los municipios

---

<sup>114</sup> Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de mayo de 1983.

y las entidades federativas, se propiciaría una mejor distribución de condiciones elementales para el desarrollo del país.

Cabe mencionar que las reformas a la Constitución en materia de municipio y la expedición la Ley de Planeación publicada en enero de 1983, establecieron los mecanismos de coordinación entre los tres niveles de gobierno, tanto de forma vertical como horizontal. Los estados regularían mediante la legislación local las relaciones entre los ayuntamientos y los poderes locales, se aseguró la prestación de servicios públicos a través de los municipios, así como la asignación de recursos económicos y participaciones federales.

En este periodo se instauraron mecanismos flexibles para regular las relaciones de los municipios entre sí, con el estado y con municipios de otras entidades federativas. En cuanto a la relación existente entre la Federación y los estados, se impulsaron convenios de coordinación para que las entidades federativas, en su ámbito de competencia, participaran en el desarrollo nacional. Además se favoreció el desarrollo administrativo a nivel municipal.

En este contexto, se fijó dentro de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, *"El recuperar la capacidad de crecimiento: a través de la utilización racional de los recursos disponibles, la atención equilibrada de los diversos sectores productivos y regiones del país, apoyados en una clara política de descentralización de la vida nacional, para lograr una eficiente articulación de los procesos de producción, distribución, y consumo, fortaleciendo el mercado interno y emprendiendo un esfuerzo decidido para dinamizar y diversificar el intercambio con el exterior y sustituir eficientemente las importaciones."*

En este marco, dentro de la política social, se consideró que el combatir el rezago social y la pobreza avanzando en particular en la satisfacción directa de las necesidades básicas de la población, era un deber del gobierno.

Por lo que se ha apuntado, se impulsó al federalismo a través de la llamada "Descentralización de la vida nacional", no sólo se contempló a la descentralización como una estrategia de gobierno de tendencia administrativa, sino que por medio de ella, se buscó otorgar a las entidades federativas mayores atribuciones, así como fomentar su participación activa en el desarrollo del país.

Se fortaleció el papel rector del Estado, dado el contexto histórico, esta función se enfocó al aspecto económico, sin embargo al establecer como prioridad en el marco de la política social la satisfacción directa de las necesidades básicas de la población, se dio un auge a la función pública de bienestar social, buscando con ello un desarrollo social equitativo, el cual serviría como base para el crecimiento de la economía en el plano federal y estatal.

En este sentido, el Plan Nacional de Desarrollo que se analiza, estableció como uno de los propósitos de esa administración la de materializar la nueva garantía constitucional del Derecho a la Protección de la Salud, tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo homogéneo y razonable de calidad.

Además dispuso que la orientación estratégica en el ámbito de la salud se sustentaría en cinco áreas, entre las que destacan la reorganización y modernización de los servicios y la consolidación del sistema.

Dentro de los lineamientos de estrategia que el citado Plan contemplaba, encontramos: la Consolidación del Sistema Nacional de Salud, en el que se incluyen como aspectos sustanciales la integración programática sectorial; la descentralización a las entidades federativas de los servicios proporcionados a población abierta, y el fortalecimiento de la infraestructura básica de los servicios.

En este marco, se definieron como líneas generales de acción las siguientes:

- Establecer los mecanismos que aseguren la coordinación entre las instituciones que integran el sector y definir los criterios y normas que regirán la operación de los servicios, las características del personal, la construcción y equipamiento de los establecimientos y el sistema de información.
- Reorganizar los sistemas de administración de los servicios a la población abierta a fin de eliminar los obstáculos que entorpecen su prestación oportuna.

### 3.1.2. Programa Nacional de Salud 1984-1988

El 23 de agosto de 1984, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia<sup>115</sup> publicó en el Diario Oficial de la Federación el Programa Nacional de Salud 1984-1988, el propósito de éste Programa Sectorial era elevar el nivel de salud de la población, procurando tender a la plena cobertura de los servicios de salud (preferentemente en el primer nivel de atención) y el mejoramiento de la calidad básica de éstos, además de otorgar protección social a los grupos vulnerables, todo ello mediante la consolidación y desarrollo de un Sistema Nacional de Salud racional y eficiente.

Se erigieron cinco estrategias instrumentales para impulsar la consolidación de un Sistema Nacional de Salud: i) Sectorización; ii) Modernización administrativa; iii) Descentralización; iv) Coordinación intersectorial, y v) Participación de la comunidad.

En este contexto, las líneas de acción que estableció el instrumento programático para la sectorización fueron:

- Determinar los universos de población que correspondan a las instituciones prestadoras de servicios de salud, a fin de evitar incoordinaciones y duplicidades y contribuir a la ampliación de la cobertura.
- Estrechar relaciones con instituciones que prestan servicios de salud agregados a sus funciones sustantivas como es el caso de Petróleos Mexicanos y otras.
- Fortalecer la operación de los órganos de gobierno de las entidades paraestatales, como instrumentos de definición y evaluación de políticas y programas estratégicos.
- Fortalecer la participación de las entidades paraestatales como coadyuvantes fundamentales de políticas sustantivas de salud a cargo del Ejecutivo a través de la Secretaría de Salud.

<sup>115</sup> Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 21 de enero de 1985, el decreto que reformó y adicionó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en los artículos 26 y 39, con el propósito de sustituir la denominación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia por la de Secretaría de Salud.

- Modernizar la infraestructura de coordinación sectorial de la Secretaría de Salud y de las entidades paraestatales involucradas.
- Desarrollar la infraestructura que permita la programación intersectorial y regional de la salud, tanto de la Secretaría de Salud como de las entidades paraestatales que integran el sector.
- Consolidar el modelo de planeación, programación, presupuestación, información y evaluación en sus instancias sectorial, subsectorial e institucional.
- Definir criterios y mecanismos para la subrogación interinstitucional, conforme a normas generales que al efecto se establezcan.
- Elaborar el cuadro básico de insumos del sector y definir sistemas y métodos para su actualización permanente.
- Ampliar la cobertura del primer nivel.
- Fortalecer los mecanismos de adquisición consolidada de insumos, y optimizar su distribución y aprovechamiento a partir de una utilización racional e integral de la capacidad de compra.
- Implantar los mecanismos sectoriales de información y evaluación del sector salud, apoyándose en los grupos interinstitucionales respectivo.
- Implantar la coordinación programática presupuestaria del IMSS, ISSSTE y DIF.

En el caso de la descentralización de los servicios de salud hacia las entidades federativas se planearon como líneas de acción las siguientes:

- Se reforzará el carácter normativo y de control de la administración central de la Secretaría de Salud a través de los sistemas de programación, presupuestación, evaluación, control e información.
- Se racionalizará tanto la regulación en materia sanitaria como las estructuras centrales de organización.
- Se homogeneizará la prestación de los servicios de salud en cada entidad federativa, tomando como punto de partida la situación general en que se encuentran.



- Se descentralizarán los recursos humanos, materiales y financieros orientados a la prestación de los servicios de salud a población abierta.
- Se promoverá la expedición de legislaciones locales en materia de salubridad.
- Se desconcentrará el ejercicio de las facultades que en materia de salubridad general correspondan a la Secretaría de Salud.
- Se formularán y llevarán a cabo programas para contribuir y fortalecer los procesos de desconcentración de los servicios de salud que tienen a cargo el IMSS y el ISSSTE, para su integración a los Sistemas Estatales de Salud.
- Se ampliará y fortalecerá en el corto plazo la participación de los gobiernos de las entidades en la coordinación programática del sector y en la administración y operación de los servicios integrados de salud a población abierta.

La estrategia denominada "Modernización Administrativa", consistente en la articulación del Sistema Nacional de Salud y el hacer más racionales la estructura y funcionamiento de las dependencias y entidades a fin de que cumplieran eficientemente con sus objetivos; identificó como áreas de oportunidad las de programación y presupuestación; estructuración institucional y sectorial; adecuación del marco jurídico; mejoramiento y racionalización de los servicios al público; estadística e informática; productividad y racionalización de los recursos humanos; así como en el aprovechamiento de los recursos materiales; adecuación y vinculación de los sistemas de ejercicio presupuestal y contabilidad, y fortalecimiento de los sistemas y mecanismos de control y evaluación.

Para lograr el desarrollo de las áreas citadas, se establecieron las líneas de acción siguientes:

- Establecer o actualizar políticas, metodologías, estrategias, sistemas y procedimientos para lograr la adecuada instrumentación del Plan Nacional de Desarrollo, a través de los programas de mediano plazo,

operativos anuales y presupuestos en sus niveles sectorial, regional e institucional.

- Fortalecer el carácter normativo y de planeación en el nivel central de la Secretaría de Salud y el carácter aplicativo y de operación de los ámbitos desconcentrado y descentralizado de la Secretaría y organismos del sector.
- Actualizar las bases jurídicas que regulen la prestación de los servicios de salud, a fin de realizar con eficacia las funciones de regulación y normatividad respecto a las acciones que desarrollan las instituciones privadas que prestan servicios de salud.
- Revisar, elaborar o actualizar las leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y demás ordenamientos jurídicos y administrativos necesarios para regular las actividades institucionales del sector.

Por lo que respecta al ámbito de la coordinación, se desarrollaron los acuerdos de coordinación con las entidades federativas y los convenios de concertación de acciones con los sectores privado y social; a través de estos dos instrumentos se pretendió unificar esfuerzos para el logro del objetivo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud.

Los gobiernos de las entidades federativas desarrollaron sistemas estatales de salud; que permitieron la integración de programas locales de salud, manteniendo una línea de coordinación con el Estado.

### **3.1.3. Instrumentos de la Descentralización**

En el marco del sistema nacional de planeación democrática, se expidieron dos decretos y se firmaron con las entidades federativas el Convenio Único de Desarrollo y los acuerdos de coordinación. Lo anterior, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud en los estados, así como para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud en la entidad.

Las instituciones federales de seguridad social se incorporaron también a la vertiente de coordinación, a través de su integración programática en cada entidad federativa, su participación activa en la operación de los subcomités de salud y seguridad social de los COPLADES y la participación de representantes locales en sus órganos colegiados regionales. Asimismo participaron en la celebración de convenios para prestar servicios de seguridad social, fundamentalmente de atención médica a los trabajadores de los gobiernos estatal y municipal.

A continuación se analizarán cada uno de los instrumentos que hicieron posible la descentralización de los servicios de salud hacia las entidades federativas.

#### Decretos presidenciales

El Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de agosto de 1983, fijó las bases para el programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud.

Las bases para la descentralización de los servicios de salud en su primera etapa fueron:

- La identificación de las facultades que se descentralizaron a los gobiernos de los Estados y las facultades que serán desconcentradas a los Servicios Coordinados de Salud Pública.
- La provisión de los recursos que serán afectos a la adecuada atención de las facultades transferidas por la Secretaría.
- La determinación de las acciones que se llevarán a cabo para la integración y funcionamiento eficientes de los Sistemas Estatales de Salud en coordinación con el Sistema Nacional de Salud.
- La facultad del titular de Salud para dictar los acuerdos de desconcentración de facultades que procedan y para que establezca los manuales de organización, de procedimientos y de servicios al público que aseguren la eficacia del proceso de descentralización.

- La definición de las directrices de la descentralización de los gobiernos de los estados a los municipios y las de desconcentración de los Servicios Coordinados a las jurisdicciones sanitarias.
- El establecimiento de los plazos en que se cumplimentaron los compromisos a que den lugar los Acuerdos.

Asimismo el decreto estableció que los Servicios Coordinados de Salud Pública serían órganos administrativos desconcentrados quienes sujetándose a la normatividad central; contarían con autonomía técnica y con la competencia que les atribuirían los Acuerdos de Coordinación, los Acuerdos de Desconcentración y las disposiciones aplicables. Los Servicios Coordinados tendrían consejos internos los cuales serían presididos por los gobernadores de los Estados cuando éstos convenieran en ello.

El mencionado Decreto fue reforzado por el diverso del 8 de marzo de 1984, que ordenaba la descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los Estados y del programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria denominado "IMSS-COPLAMAR", a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social, estableciendo los mecanismos, estrategias y plazos del proceso de descentralización.

#### Convenio Único de Desarrollo<sup>116</sup>

En el Convenio Único de Desarrollo de 1984 los Ejecutivos Federal y Estatal se comprometieron a formalizar un acuerdo de coordinación para la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta y para constituir la estructura administrativa que tendría a su cargo la prestación de servicios médicos a población abierta y los de salud pública que correspondan, así como para definir la participación de la Administración Pública Estatal en lo correspondiente al ejercicio de materias de salubridad general que esta instancia pueda ejercer en su calidad de autoridad sanitaria.

<sup>116</sup> Según Enrique Cabrero Mendoza, el convenio único de desarrollo fue el instrumento jurídico, administrativo, programático y financiero, por medio del cual los ejecutivos federales y estatales establecieron compromisos sobre acciones de competencia concurrente y de interés común.

Es así como, en la cláusula vigésimo cuarta del Convenio Único de Desarrollo se estableció que:

*“Los Ejecutivos Federal y Estatal realizaron las acciones que resulten necesarias para llevar a cabo, de inmediato, la integración programática de los servicios de salud en el Estado y en una segunda etapa, la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, del Programa IMSS-COPLAMAR y de la propia Entidad, conforme a las modalidades específicas que se convengan, así como para reforzar la coordinación en el ejercicio concurrente de sus atribuciones en materia de salubridad general, con el propósito de organizar y desarrollar un Sistema Estatal de Salud en congruencia con las bases legales y características del Sistema Nacional de Salud, con la participación que corresponda a los municipios.*

*Para llevar a cabo la integración programática de los servicios de salud a población abierta, el Titular del Ejecutivo del Estado presidirá, tanto el Consejo Técnico de los Servicios Coordinados de Salud Pública en la Entidad, como el Consejo Estatal de Vigilancia de los Servicios IMSS-COPLAMAR y acordará con los titulares de esos servicios el ejercicio de las funciones que tienen a su cargo. Al efecto, el Ejecutivo Estatal tendrá las siguientes facultades:*

- I. Elaborar y vigilar que se lleve a cabo el programa estatal de atención a población abierta, dentro del marco del programa nacional y de los programas de la Secretaría de Salud y de IMSS-COPLAMAR con la participación que corresponda al COPLADE.*
- II. Evaluar la ejecución del programa estatal.*
- III. Opinar sobre los programas presupuesto de los Servicios Coordinados y de IMSS-COPLAMAR para el trámite que proceda.*
- IV. Recomendar medidas tendentes al aprovechamiento más*

*racional de las unidades de atención a población abierta conforme a criterios de regionalización, escalonamiento, apoyo recíproco y eficiencia en el manejo de los recursos.*

- V. *Recomendar las obras de beneficio colectivo para las que deberán aprovecharse las jornadas de trabajo de los usuarios.*
- VI. *Coadyuvar a la homogeneización de los servicios de atención a población abierta conforme a políticas y normas técnicas comunes.*
- VII. *Hacer del conocimiento de las unidades centrales las deficiencias y problemas de los servicios así como recomendar medidas correctivas.*
- VIII. *Acordar con los Jefes de Servicios Coordinados de Salud Pública y con los titulares de IMSS-COPLAMAR el ejercicio de sus facultades cuando sea necesario para la coordinación programática.*

*En todas las materias de Salubridad General la dependencia competente de la Administración Pública Federal podrá, a solicitud del Ejecutivo del Estado, asumir temporalmente la prestación de los servicios que conforme a la ley le corresponden al Gobierno del Estado."*

La descentralización de los servicios de salud adoptó las modalidades que impusieron los distintos regímenes legales, como la atención a población abierta con recursos fiscales e institucionales dentro de esquemas de solidaridad social. Además el Convenio Único de Desarrollo sentó las bases y compromisos a partir de los cuales, se desarrollaron los Sistemas Estatales de Salud y la federalización de los servicios de salud.

En 1985 se incluyó dentro del Convenio Único de Desarrollo, el compromiso por parte de la Federación y los estados de formalizar el acuerdo de coordinación para la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta y para constituir la estructura administrativa que se encargará de la prestación de servicios médicos a la población abierta y los de salud pública, así como para definir la participación de la Administración Pública Estatal en el

ejercicio de materias de salubridad general en el ámbito de su competencia como autoridad sanitaria.

#### Acuerdos de coordinación

En 1984, la Federación y las entidades federativas suscribieron un acuerdo de coordinación con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud en cada estado.

<b>ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>Fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación</b>
Aguascalientes	6-XII-1984
Baja California	19-XII-1984
Baja California Sur	7-XII-1984
Campeche	10-XII-1984
Coahuila	11-XII-1984
Colima	12-XII-1984
Chiapas	13-XII-1984
Chihuahua	13-XII-1984
Distrito Federal	16-VIII-1984
Durango	3-XII-1985
Guanajuato	27-VI-1984
Guerrero	3-VII-1984
Hidalgo	2-VII-1984
Jalisco	17-XII-1984
Michoacán	18-IX-1984
Nayarit	19-XII-1984
Nuevo León	19-XII-1984
Oaxaca	20-XII-1984
Puebla	26-X-1984
Querétaro	21-XII-1984
Quintana Roo	26-XII-1984
San Luis Potosí	14-XII-1984
Sinaloa	26-XII-1984
Sonora	26-XII-1984
Tabasco	27-XII-1984
Tamaulipas	28-XII-1984

Tlaxcala	28-VI-1984
Veracruz	24-X-1986
Yucatán	28-XII-1984
Zacatecas	28-XII-1984

El objeto del acuerdo fue el establecimiento de las bases para la elaboración y ejecución del Programa Estatal de Descentralización de Servicios de Salud, bajo directrices de diversa índole, tales como organizacionales, programáticas y presupuestales.

Dentro de la finalidades esenciales se encontraron:

*-Organizacionales*

- Establecer el tipo y características operativas de los Servicios de Salud, sujetos a lo coordinación.
- Determinar las funciones que corresponden a cada una de las partes.
- Describir los bienes y recursos que aportan las partes, con la especificación del régimen a que quedarán sujetos.
- Establecer las estructuras administrativas para los Servicios de Salud, determinando sus modalidades orgánicas y funcionales.
- Indicar las medidas legales o administrativas que las partes se obligan a adoptar o promover para el cumplimiento de la descentralización.

*Programáticas y presupuestales*

- Desarrollar el procedimiento para la elaboración de los proyectos de programas y presupuestos anuales y determinar los programas de actividades a desarrollar.
- Definir las directrices para la descentralización de los Servicios de Salud en el Estado a los municipios.
- Establecer que los ingresos que se obtengan por la prestación de Servicios de Salud en la entidad se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal.
- Establecer las normas y procedimientos de control que corresponderán a la entonces Secretaría de Salud.

Por lo que respecta a la regulación sanitaria, ésta se reservó a las



unidades centrales, así como el ejercicio del control de los Servicios de Salud. Se asignó al nivel de coordinación regional las funciones de apoyo y enlace entre el nivel normativo y el responsable de aplicar los programas de salud y se confirió al nivel operativo la gestión inmediata de los servicios y el contacto directo con la población.

El Estado mantuvo la rectoría en la materia, a través de la Secretaría de Salud, la cual se encargó de establecer los lineamientos programáticos, presupuestales, normativos, así como ejercer la supervisión y evaluación general de la prestación de los Servicios de Salud en las materias de salubridad general. Al Gobierno de las entidades federativas le correspondió la coordinación operativa de los mismos, impulsando de esta manera la integración de los Sistemas Estatales de Salud.

En este contexto, se decidió crear de forma temporal los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado, como un órgano administrativo desconcentrado por territorio de la Secretaría de Salud con competencia concurrente, con la funciones de autoridad que le atribuiría la legislación aplicable y con autonomía técnica.

De acuerdo con el reglamento interior de la Secretaría de Salud vigente en el momento de la suscripción del acuerdo<sup>117</sup>, le correspondía a los Servicios Coordinados de Salud Pública, lo siguiente:

- Ejercer las facultades que le sean encomendadas por la Secretaría y el gobierno de la entidad federativa correspondiente, en su caso;
- Prestar los servicios de salud pública que la Secretaría desconcentré, así como los servicios de carácter local que le confíe el ejecutivo estatal correspondiente, en su caso, de acuerdo a los planes y programas federales, estatales y municipales y al acuerdo de coordinación de que se trate;
- Llevar a cabo los programas señalados por las unidades centrales de la Secretaría y del gobierno de la entidad federativa correspondiente, en

---

<sup>117</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 1984, el artículo 43 establecía la competencia de los Servicios Coordinados de Salud Pública.

su caso, en materia de salud cumpliendo al efecto las normas respectivas;

- Apoyar la integración y coordinación de los sistemas estatales de la salud;
- Rendir a las direcciones generales y unidades administrativas equivalentes de la Secretaría y del gobierno de la entidad federativa correspondiente, en su caso, los informes periódicos que requieran para fines de evaluación y control de los servicios de salud desconcentrados territorialmente en los Servicios Coordinados de Salud Pública;
- Llevar a cabo programas de Desconcentración Territorial en la propia entidad federativa y de su circunscripción, de acuerdo a las disposiciones que dicte el Ejecutivo Federal;
- Participar en la planeación estatal en materia de salud y en el Subcomité de Salud y Seguridad Social del Comité Estatal de Planeación para el Desarrollo correspondiente, ajustándose al programa sectorial de salud, y a los lineamientos de las unidades centrales de conformidad con la Subsecretaría de Planeación;
- Apoyar la descentralización de la Secretaría;
- Coordinar las acciones en la utilización de los recursos que la Secretaría y el gobierno estatal correspondiente, en su caso, le destinen para los programas de salud;
- Administrar los recursos financieros y materiales que le sean destinados por la Secretaría y la entidad federativa correspondiente, en su caso, de conformidad a los lineamientos que establezcan las autoridades competentes;
- Elaborar el anteproyecto de programa-presupuesto, ajustándose a las normas establecidas al respecto;
- Administrar los recursos humanos con sujeción a las leyes aplicables, al acuerdo de coordinación y a los lineamientos y normas de la Oficialía

Mayor de la Dependencia y del Gobierno del estado correspondiente, en su caso, y

- Ejercer las demás facultades que le confieran las disposiciones legales, el acuerdo de coordinación, el Secretario y el ejecutivo local correspondiente, en su caso.

Por su parte el acuerdo de coordinación que se comenta, dispuso que entre las funciones básicas<sup>118</sup> que desarrollarían serían las de:

- Promoción de la salud.
- Servicios de Salud.
- Epidemiología.
- Control sanitario.
- Planeación.
- Administración.

Además, se fijó la competencia que le correspondía en materia de salubridad general a las entidades federativas. Esta distribución de competencias se estableció con base en el artículo 13, inciso B de la Ley General de Salud.

Cabe mencionar, que de forma interesante, los acuerdos de coordinación, además de establecer las bases y lineamientos para la descentralización de los servicios de salud, fijaron la obligación por parte de las entidades federativas de promover las acciones necesarias para expedir e instrumentar leyes estatales de salud y la integración de los Sistemas Estatales de Salud.

Lo anterior, representó el impulso original de la federalización del Derecho a la Protección de la Salud, en virtud de que con fundamento en nuestro sistema constitucional de carácter federal, se da contenido a los principios de distribución de competencias del federalismo dual, así como del cooperativo<sup>119</sup>.

<sup>118</sup> La función de promoción de la salud, comprendía el desarrollo comunitario; la educación para la salud, y patología social y prevención de accidentes. La función básica de Servicios de Salud consistía en: coordinación servicios de salud del primer y segundo nivel; regulación de servicios de salud prestados por particulares; coordinación de las instituciones públicas de atención a la salud, y la coordinación de programas de investigación y enseñanza. En cuanto a la de control sanitario, esta era sobre las materias de salubridad general y el saneamiento ambiental y ocupacional. En materia de epidemiología se contemplaba a la vigilancia epidemiológica y la medicina preventiva. En el ámbito de la planeación, esta contenía a la planeación, programación y presupuesto; evaluación; estadística e informática y a la organización y modernización administrativa. Por último la función básica de administración comprendía a la administración y desarrollo del personal; la contabilidad y recaudación de cuotas de recuperación; administración de recursos materiales y servicios generales; y la construcción, conservación y mantenimiento de infraestructura.

<sup>119</sup> Un ejemplo de ellos es la cláusula trigésima tercera, la cual establecía que las partes se comprometían a contribuir al fortalecimiento municipal, fomentando una más amplia y activa participación de los ayuntamientos en materia de salubridad general. Asimismo, se comprometen a ampliar los mecanismos de coordinación entre las entidades municipales y los

Por lo que respecta a los Sistemas Estatales de Salud, éstos fueron conceptualizados como el conjunto de normas, políticas, programas, estructuras, subsistemas, recursos y procedimientos, vinculados con la regulación, organización y funcionamiento de los Servicios de Salud en las entidades federativas, bajo la normatividad y objetivos previstos en la Ley General de Salud y con la participación correspondiente de los tres órdenes de gobierno y los sectores sociales, para dar cumplimiento al Derecho a la Protección de la Salud. Además se estableció que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

Para finalizar con el acuerdo de coordinación que se comenta, solo resta abordar dos aspectos, el primero es la transferencia de recursos y el segundo es el aspecto fiscal.

Se pactó que tanto la Federación como los estados, aportarían los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que fuesen necesarios para la operación de los Servicios de Salud que se descentralizaban en el acuerdo. Lo anterior, tuvo como consecuencia una coexistencia de regímenes legales para el manejo de los recursos financieros y materiales, la administración se volvió compleja, es decir, existía un patrimonio de carácter federal, operado por los Servicios Coordinados de Salud Pública y otro de naturaleza estatal que era el que aportaba la entidad federativa.

La situación se replicaba en el caso de los recursos humanos, toda vez que existían plazas federales y estatales, el tabulador federal era más oneroso a comparación del local, impactando directamente la asignación de recursos presupuestales de los estados para el pago del personal de la salud.

Es de destacar que en este instrumento, se dispuso por vez primera, un elemento para evolucionar a un federalismo cooperativo en el ámbito de la salud. Se pactó que las partes se comprometían a suministrar los recursos financieros en la proporción y montos que se establecieran en los programas de trabajo correspondientes, asimismo se firmó el compromiso de las partes de proveer de

---

servicios de salud, en relación a las jurisdicciones o regiones sanitarias correspondientes y cuidarán que los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado, proporcionen apoyo técnico en materia de salud, a los regidores y comisiones de los ayuntamientos municipales del Estado, en aquellos asuntos de su competencia.

manera complementaria los gastos imprevistos que se derivarán de las acciones del acuerdo de coordinación.

En el aspecto fiscal, se acordó que la recaudación de los derechos y los aprovechamientos derivados del control sanitario, se haría con base en los conceptos enumerados en la Ley de Ingresos de la Federación del ejercicio fiscal correspondiente y en la Ley Federal de Derechos, con el fin de evitar la duplicidad de cobro y se impulsó la implantación de un sistema de participaciones.

Esta etapa fue de coordinación programática, buscó unificar esfuerzos, recursos, funciones y programas en materia de atención médica, salud pública y asistencia social.

En 1985, teniendo como cimiento los avances de la fase previa, se implementó la etapa definitiva denominada integración orgánica, la cual consistió en la fusión de los servicios de salud federales con los estatales. Esto implicó la desaparición de los órganos federales desconcentrados en el ámbito estatal y la constitución de los Servicios Estatales de Salud pertenecientes a la administración pública estatal.

Para llevar a cabo la descentralización en la segunda etapa, se suscribieron los acuerdos de coordinación con los estados, para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud en las entidades federativas.

En este periodo se formalizaron los acuerdos de coordinación siguientes:

ENTIDAD FEDERATIVA	Fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación
Aguascalientes	17-I-1989
Baja California Sur	4-XII-1985
Colima	29-XI-1988
Guanajuato	8-III-1989
Guerrero	18-X-1985
Jalisco	1-XII-1986
Estado de México	29-XI-1988
Morelos	15-IX-1986
Nuevo León	11-XII-1985
Oaxaca	25-IV-1985

Querétaro	26-VII-1989
Quintana Roo	22-VIII-1989
Sonora	1-XII-1986
Tabasco	1-XII-1986
Tlaxcala	24-VI-1985

El acuerdo de coordinación tuvo cuatro objetivos:

- La integración orgánica y descentralización operativa de los servicios de salud a población abierta que prestan en la Entidad la Secretaría de Salud y el Gobierno del Estado a través de los Servicios Coordinados de Salud Pública, y el IMSS a través del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR<sup>120</sup>.
- Establecer las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la descentralización del ejercicio de las facultades de regulación sanitaria que corresponden a la Secretaría de Salud y para la integración de un sistema estatal de regulación y fomento sanitario en el que concurren los tres niveles de gobierno.
- Establecer las bases para la prestación de los servicios estatales de salud por parte de la Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado, responsable de la prestación de servicios de atención médica, de salud pública, de regulación sanitaria y de salubridad local, así como de la coordinación del Sistema Estatal de Salud.
- Convenir las bases para la consolidación del Sistema Estatal de Salud.

Para cumplir con los objetivos antes mencionados, en los acuerdos de coordinación se definieron:

- La distribución de competencias en materia de salubridad general.
- Las atribuciones del organismo coordinador del Sistema Estatal de Salud.

<sup>120</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de junio de 1985.

- Las aportaciones federales y estatales para sufragar la operación de los servicios, y para realizar inversiones para mejorar y ampliar la infraestructura.
- La regulación de las condiciones laborales de los trabajadores de salud descentralizados.

Bajo esta perspectiva, se esclareció las atribuciones que la Ley General de Salud otorgaba a la Secretaría de Salud y los gobiernos de los estados, situación congruente con el acuerdo de coordinación firmado en la fase previa. Sin embargo, en el nuevo instrumento, se acordó una atribución correspondiente a la Secretaría de Salud que implicaban el control organizacional de la estructura administrativa estatal, al disponer que la dependencia federal tenía la atribución de analizar y autorizar los catálogos de puestos, así como los tabuladores de sueldos y la creación de puestos que propusiera el Gobierno del Estado para la prestación de los servicios, con sujeción a las normas generales que se emitieran a nivel federal.

Lo anterior, invadió la esfera competencial de las entidades federativas, provocó una hipertrofia en el proceso de descentralización; además el fenómeno de coexistencia de recursos humanos, financieros y materiales de carácter federal con aquellos de naturaleza local, trajo como consecuencia problemas jurídicos en materia laboral, de responsabilidad administrativa, así como la falta de integración de la infraestructura perteneciente a la Federación a las entidades federativas.

Aunado a lo anterior, se estableció que en instrumentos específicos se iban a fijar la normatividad para el ejercicio, por parte de las entidades federativas, de las materias de control, regulación y fomento sanitarios y las de salubridad general coexistentes o participables.

En este sentido, se celebraron acuerdos de coordinación específicos sobre la descentralización en materia de regulación sanitaria, apoyos logísticos, uso gratuito de muebles e inmuebles, formación de recursos humanos para la salud y cuotas de recuperación.

Por lo que respecta a la estructura que asumiría las atribuciones que correspondían a los gobiernos de los estados, se estructuraron tres modalidades:

- Ecléctica, es decir coexiste una Secretaría de Salud y un organismo descentralizado, ambos de la administración pública estatal. A la primera le corresponde coordinar el sistema estatal de salud y ejercer las facultades de autoridad sanitaria federal que se descentralizaron. Al organismo descentralizado le corresponde la prestación de los servicios de atención médica y salud pública. Este modelo se adoptó en Baja California Sur y Sonora.
- Paraestatal, a través de un organismo descentralizado de la administración pública estatal se ejerce las funciones de autoridad sanitaria, además presta los servicios de atención médica y salud pública. El Estado de México y Aguascalientes adoptaron este esquema.
- Centralizado, la Secretaría de Salud Estatal se encarga de la coordinación del sistema estatal de salud y representa al gobierno del estado como autoridad sanitaria local, además presta los servicios de atención médica y salud pública. Este esquema se adoptó en los estados de Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco y Tlaxcala<sup>121</sup>.

Una vez concluida esta segunda etapa de la descentralización de los servicios de salud en la década de los ochenta, se coincide con Laura Flamand al concluir que (...) *el proceso descentralizador de los ochentas (sic) logró sentar las bases para el funcionamiento cada vez más autónomo de los sistemas estatales de salud, pues estableció un aparato mínimo de gobierno estatal especializado en salud, que complementó la percepción federal de los problemas. Sin embargo, la primera descentralización no logró liberar a la Secretaría de Salud de todas sus responsabilidades operativas en los estados, pues siguió a cargo de los Servicios Coordinados de Salud en aquellas que no participaron en el proceso. Conservar estas responsabilidades operativas impidió a la Secretaría de Salud concentrarse completamente en la planeación, coordinación y supervisión global del sector.*<sup>122</sup>

<sup>121</sup> Para establecer estas modalidades, se tomó como base la obra Descentralización de los servicios de salud a población abierta. Avances y perspectivas, publicada por la Secretaría de Salud en 1987, pp. 26 y siguientes.

<sup>122</sup> Flamand Gómez, Laura, Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí, CIDE, Num. 55, México, 1998, pp. 26 y 27.



### 3.2. 1994-2000. Segunda Etapa

#### 3.2.1 Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000

El gobierno de Ernesto Zedillo, en el contexto del Nuevo Federalismo, retomó las directrices descentralizadoras de los ochenta, bajo la coordinación del Consejo Nacional de Salud. Esto tuvo como finalidad el consolidar el proceso de descentralización iniciado con Miguel de la Madrid a través de la cesión a las entidades federativas, de la operación de los servicios para hacerla más eficiente y fortalecer el papel de la Secretaría de Salud como coordinadora del Sistema Nacional de Salud.

El Plan identificó cuatro problemas que la descentralización solucionaría: i) la baja eficiencia de las decisiones respecto de hacia dónde deben orientarse los recursos; ii) la definición poco precisa de responsabilidades; iii) el burocratismo que entorpecía las acciones y los procesos; y iv) la inercia en las decisiones de asignación del gasto entre los estados.

Se vislumbró a la descentralización como una estrategia de gobierno:

*“Esta descentralización no implicará en medida alguna la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud, pero sí una nueva forma de relación entre las autoridades federales y las entidades federativas para el establecimiento de las metas y la consecución de los objetivos. De esta forma, los estados contarán con un mayor margen de acción y autodeterminación que les permitirá cumplir con sus propios medios los objetivos nacionales fundamentales (...)”<sup>123</sup>*

La política descentralizadora estuvo encaminada a consolidar servicios estatales de salud relativamente autónomos, mediante tres estrategias: i) flexibilizar la programación del gasto; ii) entregar a los servicios estatales la administración de los recursos humanos y financieros, y iii) capacitar

<sup>123</sup> Plan Nacional de Desarrollo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de mayo de 1995.

administrativamente a los funcionarios de los servicios estatales para recibir las nuevas responsabilidades.

La descentralización se implementó de la manera siguiente:

- El gobierno federal, por medio de la Secretaría de Salud mantuvo las funciones de normatividad, coordinación, planeación y evaluación.
- El gobierno estatal firmó un acuerdo de descentralización específico con la Federación y creó un organismo público descentralizado para formar el sistema estatal de salud:
- La transferencia de recursos financieros federales se efectuó mediante un ramo especial, etiquetada al organismo público descentralizado, a través de la Secretaría de Finanzas del estado.
- El organismo público descentralizado se hizo cargo del manejo de los recursos materiales y de la operación directa de las unidades de atención médica.
- El gobierno estatal se comprometió a mantener su participación en el financiamiento de los servicios de salud y a incrementarla en la medida de sus posibilidades.
- En materia laboral, el organismo público descentralizado estatal se convirtió en el titular de la relación de trabajo con los empleados federales transferidos y con los de los servicios estatales. Se respetaron los derechos, las prestaciones, prerrogativas y beneficios contenidos en las condiciones generales de trabajo federales. El gobierno federal cubrió el diferencial existente entre los salarios de los trabajadores federales y estatales.

La Secretaría de Salud conservó la facultad de negociar los asuntos laborales de naturaleza colectiva vinculados con los trabajadores federales transferidos a las entidades federativas con la representación del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.

Como se observa el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, contempló como prioridad nacional la descentralización de los servicios de salud para la

población abierta de primer y segundo nivel<sup>124</sup>, su propósito fue “terminar de delegar a todos los estados y al Distrito Federal las facultades, decisiones, responsabilidades y el control sobre la asignación y el uso de los recursos que permitan a las autoridades locales un funcionamiento descentralizado real. De tal forma, serán transferidos a los gobiernos estatales los servicios de la Secretaría de Salud y IMSS-Solidaridad, junto con los recursos y apoyos técnicos, operativos y organizativos necesarios para su operación.”<sup>125</sup>

En el contexto de la planeación nacional, el Nuevo Federalismo significó consolidar el proceso de descentralización de los ochenta y, en consecuencia, otorgar más autonomía a los servicios estatales de salud, es decir, aumentar sus recursos y su poder de decisión para detectar las necesidades de salud local más apremiantes, formular respuestas y ponerlas en práctica<sup>126</sup>.

### 3.2.2. Programa Nacional de Salud 1995-2000

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, señaló que en las instituciones de salud del país existía un marcado centralismo que limitaba considerablemente la eficiencia de su operación.

La coordinación entre los dos sistemas de atención a población abierta y entre éstos y los servicios estatales de salud, era limitada; se generaban duplicidades importantes, omisiones que podrían eliminarse y una gestión que padecía de los problemas del centralismo.

Asimismo indicó que en el proceso descentralizador de los servicios de salud para población abierta era necesaria la definición de un conjunto de acciones de salud que garantizará el Derecho a la Protección de la Salud.

En el año de 1996 se celebró el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. Se estableció la necesidad de

<sup>124</sup> Los servicios de salud se dividen en tres tipos: los de primer nivel que incluyen medicina general, medicina preventiva primaria y medicina del trabajo; los de segundo nivel que incluyen las especialidades básicas (medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología), medicina preventiva secundaria (control y prevención de complicaciones en enfermedades crónico degenerativas), salud ocupacional y rehabilitación primaria y, los de tercer nivel o de alta especialidad que incluyen las especialidades secundarias (genética, hematología, inmunología, infectología, cirugía pediátrica), además de laboratorios especializados.

<sup>125</sup> Plan Nacional de Desarrollo *op. cit.*

<sup>126</sup> Fláman Gómez, Laura, *op. cit.*

descentralizar responsabilidades, recursos y decisiones con las que se cumplía un doble propósito, el político, al fortalecer el federalismo y reintegrar a la esfera local las facultades que le eran propias al suscribir el pacto federal, y el social, al acercar a la población servicios fundamentales, que al ser prestados por los estados, asegurarían a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad, asumiendo así los estados de la Federación las responsabilidades que la Ley General de Salud les había asignado.

### **3.2.3. Instrumentos de la Descentralización**

En la fase inicial de la descentralización de los servicios de salud, como se apuntó anteriormente, quince Estados de la Federación suscribieron acuerdos de coordinación para asumir la prestación de los servicios médicos, sin embargo el proceso quedó incompleto aunque constituyó un ejercicio importante de reordenamientos del sistema en su conjunto.

El Sistema Nacional de Salud tuvo avances importantes, pero aún no se podía considerar que estuviere plenamente desarrollado, dado que debía de transformarse para atender los problemas de salud y sentar las bases para una estructura preventiva y de atención que resolviera eficazmente las necesidades del futuro.

Además, la transición epidemiológica, es decir, la permanencia de enfermedades propias de sociedades rurales poco desarrolladas se explicaba por la desigual distribución de los recursos en la sociedad, provocando que en los Estados menos desarrollados todavía se encontraban enfermedades ya resueltas en las regiones de mayor desarrollo, lo que contribuyó a la formación de un círculo vicioso de marginación, pobreza y enfermedad. Además la atención médica a la población se volvió más compleja con la aparición de enfermedades crónico degenerativas en nuestro país.

Esta realidad obligó a perfilar una nueva forma de organización del sistema a fin de fortalecer la capacidad y ampliar la cobertura para proporcionar más y mejores servicios a la población.

Por lo anterior, fue necesario revisar las condiciones en las que se proporcionaban los servicios de salud, con independencia del carácter público o privado del prestador, o la condición socioeconómica del usuario, por lo que el Gobierno de la República convocó a un Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud<sup>127</sup>. Éste fue suscrito por el Gobierno Federal, los Gobiernos de cada una de las Entidades Federativas y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, quienes reconocieron los innegables avances logrados en el ámbito de la salud, pero les quedó claro también, la poca probabilidad que existía bajo esa forma de organización para superar los rezagos acumulados y hacer frente a los nuevos retos.

En el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud se establecieron 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 definiéndose cuatro estrategias fundamentales que fueron:

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

Asimismo contempló lo siguiente:

- Los Estados de la Federación asumirían cabalmente las responsabilidades que la Ley General de Salud les ha asignado.
- Los Estados de la Federación manejarían y operarían directamente los servicios de salud en el ámbito de su competencia.
- Los Estados de la Federación manejarían y operarían directamente los recursos financieros con la posibilidad de distribuirlos de forma acorde con las necesidades de los servicios y con las prioridades locales.
- Los Estados de la Federación participarían efectivamente en el diseño

---

<sup>127</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de septiembre de 1996.

e instrumentación de la Política Nacional de Salud.

- El fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud se daría a partir de la consolidación de los sistemas estatales.
- La integración al ámbito estatal de las estructuras administrativas que operaban los servicios federales de salud.
- Que el desahogo de las cargas de trabajo administrativo para la Secretaría de Salud, permitiría hacer eficaz su reorientación como instancia normativa y operativa en aquellas materias que son de ejercicio exclusivo de la Federación.
- Que el acercamiento de la autoridad local a la población demandante de servicios de salud, revitalizaría la relación entre éstas y permitiría ejecutar con eficacia las funciones del municipio en actividades, sanitarias de conformidad con lo que la misma ley ordena.
- En el marco del pleno respecto a los derechos laborales, se podrían desarrollar fórmulas innovadoras que permitirían llevar hasta el límite regional los apoyos efectivos en beneficio de los trabajadores de la salud.

En este contexto, el Consejo Nacional de Salud funcionaría como instancia permanente de coordinación y concertación entre las autoridades centrales de la Secretaría y las autoridades de las 31 Entidades Federativas, para el desarrollo del proceso de descentralización; tendría las siguientes funciones:

- Proponer lineamientos para la coordinación de acciones de atención en materia de Salubridad General.
- Unificar criterios para el correcto cumplimiento de los programas de salud pública.
- Opinar sobre la congruencia de las acciones a realizar para la integración y funcionamiento de los sistemas estatales de salud.
- Apoyar la evaluación de los programas de salud en cada entidad.
- Fomentar la cooperación técnica y logística entre los servicios estatales de salud en todo el país.
- Promover en las entidades los programas de salud.

- Inducir y promover la participación comunitaria y social para coadyuvar al proceso de descentralización y estudiar y proponer esquemas de financiamiento complementario para la atención de la salud pública.

Además, se señalaron compromisos para ambas instancias de Gobierno.

La Federación por conducto de la Secretaría de Salud, tendría que:

- Asegurar que la política nacional en la materia respondiera eficazmente a las prioridades locales y nacionales para así fortalecer a los sistemas estatales y, con ello al Sistema Nacional, a través de la determinación de lineamientos claros para el ejercicio de atribuciones.
- Revisar la normatividad de las materias de salubridad general y proponer las modificaciones legislativas y reglamentarias necesarias para la operación del nuevo esquema de atención.
- Evaluar la prestación de los servicios, con miras a corregir desviaciones, revisar metas, reorientar acciones y mejorar el uso de los recursos.
- Fortalecer el sistema integral de información para apoyar a los Estados en lo que éstos consideraran procedente.
- Consolidar y operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Impulsar la investigación y enseñanza con el propósito de formar cuadros de investigadores capaces de generar conocimientos científicos y desarrollar nuevas tecnologías en el área médica.
- Establecer mecanismos más eficientes de coordinación con otras dependencias en la atención de problemas de salud, en particular en materia de saneamiento ambiental.
- Fortalecer el control sanitario en los procesos de importación y de exportación de medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, plaguicidas, fertilizantes, fuentes de radiación, sustancias tóxicas o peligrosas y mantener actualizada la Farmacopea nacional.

Los gobiernos estatales, por su parte al asumir la operación de los establecimientos de salud, orientarían sus esfuerzos para asegurar en beneficio de la población:

- La adecuada organización y operación de los servicios de atención médica, materno infantil, planificación familiar y salud mental, entre otros.
- 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 y el saneamiento básico.
- La prevención y el control de enfermedades transmisibles
- La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes.
- La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los discapacitados.
- El programa contra el alcoholismo, el tabaquismo y las adicciones.
- Los programas de asistencia social.
- Impulsar, organizar, coordinar y vigilar el ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, en la promoción de la formación de los recursos humanos y la investigación.
- Formular y desarrollar los programas locales de salud.
- Mejorar los sistemas de verificación y control sanitario de los establecimientos que suministren alimentos y bebidas no alcohólicas y alcohólicas en estado natural, mezclados, preparados, adicionados o acondicionados, para su consumo dentro o fuera del mismo establecimiento.
- Promover las acciones, gestiones o actos necesarios para adecuar las leyes o decretos de creación de los organismos públicos descentralizados estatales que establezcan el respeto y aplicación de los derechos, prerrogativas, beneficios y prestaciones contenidas en las disposiciones federales legales y administrativas, en beneficio de los trabajadores federales.

Por otra parte, bajo un esquema de coordinación entre los dos órdenes de gobierno, y considerando que la Ley General de Salud establece en el artículo 18 la posibilidad de celebrar acuerdos con dicho fin, se pactó la coordinación de las



acciones federales y estatales de las materias de salubridad general que inician en la salud pública. Éstas eran:

- 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.
- El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios.
- El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.
- El programa de farmacodependencia.
- La sanidad internacional.

Con el propósito de alcanzar las metas planteadas en el proceso de descentralización, se dio inicio a un conjunto de acciones de apoyo orientadas a desarrollar programas de carácter sustantivo y reforzamiento de la operación estatal.

En los programas sustantivos se englobaron aspectos relacionados con la consolidación y modernización de la infraestructura; estrategias de abasto y suministro de insumos de equipos médicos; impulso y desarrollo de la enseñanza y la investigación; la desregulación y simplificación de trámites federales en materia de control y regulación sanitaria; información y difusión sobre la prestación de los servicios; actualización en las cuotas de recuperación; estudios sobre la prestación de los servicios en el medio rural, urbano y en las comunidades marginadas; la generación de indicadores de productividad y eficiencia, y el fortalecimiento de acciones en medicina preventiva, educación y fomento a la salud.

Para reforzar la operación estatal, se instrumentaron programas relacionados con la regularización de inmuebles, activos y bienes muebles; simplificación administrativa; dotación de equipos y redes de computo; fortalecimiento de las estructuras organizativas y ocupacionales, así como la

celebración de convenios con instituciones educativas y el desarrollo de acciones conjuntas en materia de actualización y asistencia técnica para el personal.

Asimismo, se fomentó la participación ciudadana, diseñando mecanismos concretos de participación permanente de la ciudadanía en la elección de alternativas, políticas y programas gubernamentales, incorporando comités de servicios, de consejos ciudadanos, de asociaciones civiles y de organizaciones no gubernamentales en general, a las instancias de decisión de los programas de gobierno.

La descentralización de los servicios no implicó en medida alguna la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud, pero si una nueva forma de relación entre las autoridades federales, entidades federativas y municipios para el establecimiento de metas y consecución de objetivos.

Para llevar a cabo lo establecido en el Acuerdo Nacional, la Federación y las Entidades Federativas, suscribieron acuerdos de coordinación específicos, como se señala en el cuadro siguiente:

<b>ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>Fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación</b>
Aguascalientes	30-VII-1997
Baja California	30-VIII-1999
Baja California Sur	30-X-1996
Campeche	11-X-1996
Coahuila	7-II-1997
Colima	4-II-1998
Chiapas	16-XII-1997
Chihuahua	13-X-1998
Distrito Federal	3-VII-1997
Durango	7-II-1997
Guanajuato	10-II-1997
Guerrero	23-IV-1997
Hidalgo	8-IV-1998
Jalisco	6-V-1997
Estado de México	6-II-1998
Michoacán	21-X-1996
Morelos	16-XII-1996

Nayarit	11-X-1996
Nuevo León	10-II-1997
Oaxaca	22-X-1996
Puebla	11-II-1997
Querétaro	17-II-1997
Quintana Roo	12-II-1997
San Luis Potosí	14-X-1996
Sinaloa	13-II-1997
Sonora	29-VII-1997
Tabasco	25-VII-1997
Tamaulipas	6-V-1997
Tlaxcala	9-II-1998
Veracruz	9-II-1998
Yucatán	14-II-1997
Zacatecas	11-III-1998

Estos acuerdos de coordinación específicos contemplaron aspectos estructurales, como fue el caso de las características de los organismos descentralizados que ejercerían las funciones transferidas a los estados; atribuciones en materia de salubridad general; aspectos de programación y presupuesto, de recursos materiales y servicios generales; la transferencia de bienes muebles e inmuebles; la relación laboral de los trabajadores que se incorporan a los sistemas estatales de salud, y la transferencia de los recursos financieros.

Es de destacar que en materia de salubridad general, además de las atribuciones que le confiere la Ley General de Salud a la Secretaría de Salud, se le reconoce las acciones de coordinación general, vigilancia y seguimiento, y las de definición de políticas generales y normatividad respectiva, fortaleciendo de esta manera su carácter de rectora en la materia.

Se descentralizó a favor de las Entidades Federativas el control sanitario de:

- Bienes y servicios.
- Insumos para la salud.
- Salud ambiental.
- Control sanitario de la publicidad.

Cabe mencionar que también fue objeto de la descentralización el control sanitario de la disposición de sangre humana, pero sólo en lo concerniente a la operación de los servicios de salud y no a su regulación.

Otro punto importante del acuerdo de coordinación específico, es el concerniente al compromiso por parte del Ejecutivo Federal de apoyar administrativamente a las entidades federativas para que cumplan con las obligaciones adquiridas en el marco de la descentralización, relacionadas con los servicios personales.

En el aspecto de recursos materiales y servicios generales, se estableció que se transferirían las funciones en materia de adquisición, manejo, administración, baja y destino final de materiales, suministros, bienes muebles e inmuebles; prestación de servicios generales; y mantenimiento y construcción de obra pública.

Además se acordó la transferencia inmediata hacia los estados, a título gratuito, de los inmuebles que venían siendo utilizados por la Secretaría de Salud como unidades médicas para la prestación de servicios de salud en las entidades federativas.

En materia laboral se reconoció a los organismos descentralizados en los estados el carácter de titular de la relación de trabajo con el personal de la salud descentralizado. Asimismo se acordó que se garantizarían los derechos adquiridos por dichos trabajadores, tales como inamovilidad, catálogo de puestos, escalafón, permutas y demás establecidas en las Condiciones Generales de Trabajo.

No obstante el carácter de patrono sustituto, la Secretaría de Salud Federal, mediante procedimientos y mecanismos correspondientes seguiría reteniendo las cuotas sindicales, y realizaría las deducciones para el pago del Sistema de Ahorro para el Retiro y del Fondo Nacional del Ahorro Capitalizable de los Trabajadores del Estado.

En relación con la transferencia de los recursos financieros, la Secretaría de Salud los transferiría al Gobierno del Estado en los diferentes capítulos de gasto para que éste se encontrará en condiciones de encargarse de la operación

de las unidades médicas y administrativas que recibiera.

Las transferencias de recursos que realizará el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud se efectuarían a través de un ramo especial denominado Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, las ministraciones serían etiquetadas y calendarizadas al organismo descentralizado por conducto de la Secretaría de Finanzas Estatal.

Con el ánimo de fortalecer el papel rector del Estado, la Secretaría de Salud, conservó la facultad de distribuir el presupuesto federal en materia de salud entre los estados. Mediante una fórmula de asignación presupuestal se promovió que el Gobierno del Estado recibiera recursos en forma equitativa, considerando las necesidades que en materia de salud debía atender, las condiciones económicas y financieras de la entidad para hacer frente a dichas necesidades, los resultados de las evaluaciones que realizará la Secretaría de Salud Federal y la aportación de recursos del Estado en materia de salud.

La segunda etapa de descentralización de los servicios de salud, dio origen al actual modelo de la prestación de los servicios de salud en las entidades federativas, y la rectoría del Estado a través de la Secretaría de Salud. Sin embargo, quedarán aspectos pendientes a consolidar como son la asignación de recursos financieros y aspectos organizacionales, programáticos y presupuestales.

Por lo que respecta a las materias de salubridad general, el Consejo Nacional de Salud, con base en los acuerdos de coordinación suscritos, emitió un catálogo de funciones descentralizadas a los servicios estatales de salud. Dicho documento fue elaborado con la participación de las entidades federativas.

En el apartado siguiente, se abordarán aquellos aspectos que consolidaron y formalizaron el modelo actual, teniendo en cuenta que su funcionamiento en relación con la prestación de servicios de salud en las materias de salubridad general, se ha analizado previamente en la sección en la que nos encontramos.

### **3.3. Modelo actual de la prestación de servicios de salud de la Federación y de las Entidades Federativas**

Quizá el aspecto más importante para entender el modelo actual, es el financiero; cabe recordar que uno de los objetivos establecidos en el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud fue que los estados manejaran y operaran directamente los recursos, con la posibilidad de distribuirlos con base en las necesidades de los servicios y las prioridades locales.

En los acuerdos de coordinación específicos que se suscribieron con motivo de la descentralización, la Secretaría de Salud adquirió el compromiso de transferir recursos financieros a los gobiernos de los Estados en los diferentes capítulos de gasto para operar las unidades médicas y administrativas que recibió y cumplir con las obligaciones asumidas en dicho instrumento tendientes a elevar la calidad y cobertura de los servicios de salud.

Por su parte, las entidades federativas se comprometieron a proponer en el proyecto del Presupuesto de Egresos de la Federación de cada ejercicio, los recursos financieros que necesitarán destinar para el correcto funcionamiento de los organismos descentralizados y de los programas estatales de salud. También acordaron mantener su participación en el financiamiento de los servicios de salud e incrementarlo en la medida de sus posibilidades.

Se acordó que las transferencias quedaban condicionadas al techo autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación de cada ejercicio, y que éstas se realizarían de acuerdo con las fechas y calendarios que estableciera la Federación.

Por lo tanto, las funciones de programación, organización y presupuestación, de recursos humanos y materiales, así como de obra, equipamiento y mantenimiento que adquirieron las entidades federativas con la descentralización; se ejercerían con los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud.

Para el año 2000 se descentralizaron en su totalidad los recursos presupuestales asignados a las entidades federativas (servicios personales,

gastos de operación y de inversión) y se transfirieron a los gobiernos estatales a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, el presupuesto autorizado y calendarizado.

En los acuerdos de coordinación se estableció que las transferencias de recursos que realizara el Gobierno Federal se efectuarían a través de un ramo especial, etiquetadas y calendarizadas, al organismo descentralizado por conducto de la Secretaría de Finanzas Estatal y que los recursos pasarían a formar parte del presupuesto y de la cuenta pública estatal.

Posteriormente, a la Ley de Coordinación Fiscal se le adicionó el Capítulo 5, estableciéndose las aportaciones federales (Ramo General 33), como recursos que la Federación transfiere a las haciendas públicas de los Estados, Distrito Federal, y en su caso, de los Municipios, condicionando su gasto a la consecución y cumplimiento de los objetivos de cada uno de los fondos que lo integran.

La citada Ley establece que con cargo a las aportaciones que del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud les correspondan, los Estados y el Distrito Federal reciben los recursos económicos que los apoyan para ejercer las atribuciones que les competen, en términos de los artículos 3º, 13 y 18 de la Ley General de Salud.

Asimismo, fija los elementos a partir de los cuales se determina en el Presupuesto de Egresos de la Federación de cada año, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, consistiendo en lo siguiente:

- I. El inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, incluyendo los impuestos federales y aportaciones de seguridad social.
- II. Las previsiones para servicios personales que se hayan transferido a las entidades federativas durante el ejercicio fiscal anterior. Incluye ampliaciones presupuestarias autorizadas por concepto de incrementos salariales, prestaciones, así como aquellas medidas económicas que se requieran.
- III. Los recursos que se hayan transferido a las entidades federativas durante el ejercicio fiscal anterior, para cubrir el gasto de operación e inversión, excluyendo los gastos eventuales de inversión en

infraestructura y equipamiento que la Federación y las entidades correspondientes convengan como no susceptibles de presupuestarse en el ejercicio siguiente y por los recursos que para iguales fines se aprueben en el Presupuesto de Egresos de la Federación en adición a los primeros.

- IV. Por otros recursos que se destinen en el Presupuesto de Egresos de la Federación a fin de promover la equidad en los servicios de salud, los cuales se distribuirán conforme a la fórmula de asignación de recursos establecida en la Ley de Coordinación Fiscal.

En materia de programación, organización y presupuestación, entre las funciones que se descentralizaron en la etapa final destacan las siguientes:

- La integración del Programa Operativo Anual, el anteproyecto de presupuesto y el Programa de inversiones;
- La aprobación por el órgano de gobierno de ampliaciones del presupuesto, y
- Ejercicio y control del presupuesto e integración de la cuenta pública.

Las mencionadas funciones deberían responder a las directrices establecidas en el ámbito federal. Con la elaboración del Programa Operativo Anual, el Estado puede distribuir los recursos que se le asignen de conformidad con su disponibilidad, ajustándose a la apertura programática y a las estrategias nacionales de salud.

La Secretaría de Salud se comprometió a transferir los recursos asignados al pago de servicios personales de los trabajadores federales que pasaron a ser estatales, así como financiar las plazas que ésta apruebe, en tanto que las que genere el Gobierno Estatal será responsabilidad exclusiva de éste.

En este sentido en el Presupuesto de Egresos de la Federación se estableció que los recursos previstos en materia de servicios personales en el Ramo General 33 incorporarían todas las previsiones correspondientes a las medidas salariales y económicas, incluyendo aquéllas de carácter laboral, contingente y de fin de año que se adoptarán, y que autorizará la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.



En lo relacionado con los recursos materiales, servicios generales, obra pública, equipamiento y mantenimiento, se pactó la transferencia de los recursos para equipamiento, a fin de que las entidades federativas ejerzan el presupuesto relativo a bienes muebles e inmuebles y obra pública de conformidad con el Plan Estatal Maestro de Infraestructura en Salud para Población Abierta, según las prioridades en la materia y los inventarios funcionales.

Asimismo, se acordó la transferencia de funciones en materia de adquisición, manejo, administración, baja y destino final de materiales, suministros, bienes muebles e inmuebles; prestación de servicios generales; mantenimiento y construcción de obra pública, que se determinasen en los anexos.

Sin embargo, al no suscribirse los anexos correspondientes fue necesaria la elaboración, como se apuntó previamente, en el Consejo Nacional de Salud, del Catálogo de Funciones Descentralizadas, el cual contempla, entre otras, las siguientes:

- Efectuar adquisiciones de artículos de consumo, mobiliario, instrumental, equipo médico y administrativo.
- Controlar la distribución de bienes e insumos.
- Suscribir convenios y contratos de conservación y mantenimiento, arrendamiento y de servicios generales.
- Integrar el programa anual de adquisiciones y suministros.
- Celebrar contratos de obra pública, servicios y adquisiciones de conservación y mantenimiento, obra civil, rehabilitación y suministro de equipos electromecánicos de unidades de primer nivel.
- Celebrar contratos de obra pública, servicios y adquisiciones destinados a la conservación y mantenimiento de equipo médico, así como de obra civil de unidades de segundo nivel.
- Celebrar contratos de obra pública y servicio en materia de construcción, ampliación, remodelación y reestructuración de unidades médicas de primer y segundo nivel.

Por lo anterior, se estableció la posibilidad de que las entidades federativas participen en el sistema de compra consolidada con base en los lineamientos que defina la Secretaría de Salud, toda vez que ésta les transfirió los recursos consignados en el rubro de materiales y suministros.

En este orden de ideas, se ha descrito el estado en el que se encuentra la descentralización y federalización de la prestación de servicios de salud. Por lo que a partir de lo expuesto en este capítulo se analizará la propuesta actual de política gubernamental en la materia y se proyectará la perspectiva del Derecho a la Protección de la Salud, así como la función del Estado, en el papel de rector en la materia.

## **CAPÍTULO 4. Federalismo Cooperativo**

### **4.1. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006**

Como se ha analizado, a partir de la reforma a los artículos 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la entrada en vigor de la Ley de Planeación en enero de 1983, el Ejecutivo Federal se ha visto obligado a crear a través del Sistema Nacional de Planeación Democrático, una serie de instrumentos programáticos en los que se define la política nacional de desarrollo económico y social.

La Ley de Planeación establece un término de seis meses para que se publique el Plan Nacional de Desarrollo y a partir de éste, se diseñen los programas sectoriales, institucionales y regionales, así como los instrumentos consensuales que permitan compartirlos con las entidades federativas y, los sectores social y privado.

En este sentido, el 20 de mayo de 2001, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, el cual incluye las acciones a ejecutarse en materia de salud, quedó implícito el fortalecimiento del federalismo y se reconoce la necesidad de dialogar con las autoridades de los distintos órdenes de gobierno.

Por lo anterior, se estableció la posibilidad de que las entidades federativas participen en el sistema de compra consolidada con base en los lineamientos que defina la Secretaría de Salud, toda vez que ésta les transfirió los recursos consignados en el rubro de materiales y suministros.

En este orden de ideas, se ha descrito el estado en el que se encuentra la descentralización y federalización de la prestación de servicios de salud. Por lo que a partir de lo expuesto en este capítulo se analizará la propuesta actual de política gubernamental en la materia y se proyectará la perspectiva del Derecho a la Protección de la Salud, así como la función del Estado, en el papel de rector en la materia.

## **CAPÍTULO 4. Federalismo Cooperativo**

### **4.1. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006**

Como se ha analizado, a partir de la reforma a los artículos 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la entrada en vigor de la Ley de Planeación en enero de 1983, el Ejecutivo Federal se ha visto obligado a crear a través del Sistema Nacional de Planeación Democrático, una serie de instrumentos programáticos en los que se define la política nacional de desarrollo económico y social.

La Ley de Planeación establece un término de seis meses para que se publique el Plan Nacional de Desarrollo y a partir de éste, se diseñen los programas sectoriales, institucionales y regionales, así como los instrumentos consensuales que permitan compartirlos con las entidades federativas y, los sectores social y privado.

En este sentido, el 20 de mayo de 2001, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, el cual incluye las acciones a ejecutarse en materia de salud, quedó implícito el fortalecimiento del federalismo y se reconoce la necesidad de dialogar con las autoridades de los distintos órdenes de gobierno.

En el Plan se definen cuatro premisas para desarrollar las políticas públicas en materia de salud, estas son:

- La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades.
- La salud es, junto con la educación, componente central del capital humano que es el capital más importante de las naciones. Desde este punto de vista, mejorar la salud es fortalecer la capacidad de las personas y de la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.
- Por ser un valor en si misma y por su potencial estratégico, se debe concebir la salud como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben seguir. Para ello se requiere complementar las políticas de salud con políticas saludables.
- La protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas y, por tanto, es un valor que fortalece el tejido de nuestra sociedad.

Asimismo, se reconocen como objetivos principales:

- Elevar el nivel de salud de la población y reducir desigualdades.
- Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
- Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
- Fortalecer el sistema de salud.

Se plantea como estrategia elevar los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo el tejido social al reducir las desigualdades y asegurando protección económica a las familias, además de promover sistemas de seguro para proteger financieramente a las familias ante eventuales gastos extraordinarios en salud.

Por otra parte, el Plan reconoce que las políticas públicas están contenidas no sólo en los planes, programas y asignaciones de recursos presupuestales, humanos y materiales, sino en disposiciones constitucionales, leyes, reglamentos,

decretos, resoluciones administrativas, así como en decisiones emanadas de órganos jurisdiccionales y constitucionales autónomos.

En cuanto a la descentralización, el Plan afirma que *“(...) la mayor debilidad del proceso es que se trató de una descentralización concebida y ejecutada desde el centro con escasa participación de estados y municipios y generalmente se limitó sólo a la transferencia de recursos, sin tomar en cuenta de manera suficiente aspectos de adaptación regional o de aseguramiento del impacto deseado.”*<sup>128</sup>

Se establece como objetivo rector que *“Avanzar en materia de federalismo significa –según dicta el Plan- asegurar que se dé un proceso de cambio del centralismo a la visión de un auténtico federalismo subsidiario, solidario y corresponsable, mediante una profunda descentralización política, el impulso de relaciones gubernamentales auténticamente federalistas, el fortalecimiento de los gobiernos locales a partir de la profesionalización de la función pública, el rendimiento de cuentas y la participación ciudadana.”*

Dentro de las estrategias para lograr el objetivo rector descrito, se enumeran: i) impulsar la transferencia de facultades, funciones, responsabilidades y recursos de la Federación a las entidades federativas y municipios; ii) fortalecer a los gobiernos de las entidades federativas y de los municipios en sus capacidades de gestión pública e iii) impulsar relaciones intergubernamentales auténticamente federalistas.

Lo anterior constituye el planteamiento que da origen al Programa Nacional de Salud, mismo que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2001.

#### **4.2. Programa Nacional de Salud 2001-2006**

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud 2001-2006, la descentralización hasta el nivel municipal será la principal directriz; se estimulará la cooperación entre las entidades federativas para el logro de los objetivos compartidos; el

---

<sup>128</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, punto 7.3.4., p. 124

financiamiento será solidario en el nivel nacional; el pacto federal se expresará en la rectoría del sistema por parte del Estado que ofrecerá una normatividad común a favor de la equidad, la calidad y la eficiencia. Se plantea un Sistema Nacional de Salud basado en el federalismo cooperativo.

#### **4.2.1. Protección Financiera en Salud**

La estrategia 5, del Programa "Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población" se desarrolla en cuatro puntos: i) consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular; ii) promover y ampliar la afiliación del seguro social; iii) ordenar y regular el prepago privado y iv) articular el marco del aseguramiento en salud.

Para el objeto de esta tesis, resulta de importancia la línea de acción referente al seguro popular de salud, toda vez que a través de ella, se trata de establecer los servicios esenciales de salud que todo mexicano tendrá acceso; estableciendo así, un contenido real y no sólo programático al Derecho a la Protección de la Salud.

En el tema de la atención médica, no sólo el Estado en ejercicio de la función pública deberá satisfacer las necesidades de la población relacionadas con la salud, sino que existen otros dos elementos o subsistemas que cubren las expectativas de los mexicanos.

El primero de ellos es el de seguridad social, el cual basa su relación en un sentido estrictamente laboral<sup>129</sup>, es decir tienen acceso a él, la población que desarrolla una actividad económicamente formal; es brindado a través de las instituciones de seguridad social. Su financiamiento, en cuanto hace al Seguro de Enfermedades y Maternidad, es tripartita, existe una aportación por parte del patrono, del trabajador y del Estado.

El segundo subsistema es el privado, el cual se presta en dos modalidades, el primero a través del gasto directo de bolsillo de los usuarios de

---

<sup>129</sup> Cabe mencionar que a partir de la reforma de 1995 que entró en vigor en 1997, la Ley del IMSS, contempla la posibilidad de atender a población abierta a través el Seguro de Familia, lo cual amplía el esquema de la derechohabencia, no obstante la existencia del entonces denominado Programa IMSS-Solidaridad.

los servicios de atención médica y el segundo, por medio de un esquema de seguros privados.

En este sentido, la rectoría del Estado, entre otras directrices, deberá encaminarse a regular la prestación de seguros privados y establecer mecanismos de coordinación y cooperación entre las distintas instituciones públicas de salud para promover la complementariedad de servicios de salud, a través de un esquema universal de oferta de prestadores de servicios y el fortalecimiento a la demanda de usuarios, previo análisis de las necesidades de la población.

Siguiendo este orden de ideas, no sólo la articulación de esfuerzos para brindar atención médica a toda la población es una prioridad, sino que también es necesario redefinir el esquema de financiamiento para la prestación de los servicios de salud.

Bajo la perspectiva gubernamental antes enunciada, el Gobierno Federal, presentó en la Cámara de Senadores una iniciativa de reformas a la Ley General de Salud, para incorporar el contenido del Programa Nacional de Salud, al marco jurídico del Derecho a la Protección de la Salud.

En esta iniciativa, se consideró que los principales retos del Sistema de Salud son la calidad, la equidad y la protección financiera. Los dos últimos guardan una especial trascendencia, ya que definen la necesidad del cambio en la concepción del Derecho de Protección a la Salud para combatir las desigualdades sociales y regionales.

En este sentido, se establece la necesidad de democratizar la atención a la salud, por medio de la creación de condiciones de acceso, calidad y financiamiento de los servicios, independientemente del lugar de residencia de la población y de su capacidad económica.

Contempla el Ejecutivo Federal que debido a las transiciones epidemiológica y demográfica por las que atraviesa el país y el carácter segmentado del sistema de salud, se ha dado lugar a cinco grandes desequilibrios en materia financiera, que son:

- En el nivel o monto de los recursos destinados a la salud<sup>130</sup>.
- En el origen de los fondos<sup>131</sup>.
- En la distribución de los recursos públicos<sup>132</sup>.
- En la asignación del presupuesto estatal<sup>133</sup>.
- En el destino del gasto<sup>134</sup>.

Asimismo, considera el Gobierno Federal que el Sistema Nacional de Salud fraccionado por universos de usuarios ya no responde a la realidad de nuestro país. En la actualidad el mayor reto del Sistema Nacional de Salud es romper las barreras institucionales y construir un auténtico sistema universal de protección social, que comprenda no sólo la seguridad social formal, sino también nuevos mecanismos de acceso efectivo a los servicios de salud para quienes no participan en el sector formal de la economía.

Para enfrentar este reto, se consideró necesario plantear el diseño de un esquema integrado y equitativo de financiamiento con tres seguros públicos, cada uno con naturaleza tripartita. Así como, una reforma financiera que defina bases más equitativas para la aportación de recursos para la salud y la reorganización de los recursos destinados bajo una lógica acorde con las diferentes funciones que realiza el sistema: rectoría, investigación, desarrollo tecnológico y formación de recursos humanos, prestación de servicios de salud a la comunidad y prestación de servicios de salud a la persona.

En este sentido, la iniciativa del Ejecutivo Federal tuvo el objetivo de corregir los desequilibrios financieros antes descritos; definir la corresponsabilidad

<sup>130</sup> El Programa Nacional de Salud 2001-2006, expone que la inversión en salud no es suficiente para atender los retos que se plantea el Sistema Nacional de Salud. México destina 5.7% del PIB al sector salud. En contraste, hay países como Estados Unidos y Alemania que dedican 13.7 y 10.5% de su riqueza, respectivamente, a atender sus necesidades de salud. En la región latinoamericana, Costa Rica, Colombia y Uruguay dedican 8.7, 9.3 y 10% del PIB a la salud, respectivamente. El promedio latinoamericano es de 6.1%.

<sup>131</sup> La Secretaría de Salud, ha manifestado que la mayor parte del financiamiento proviene de los bolsillos de las familias, quienes pagan por los servicios de salud que requieren en el momento mismo de recibir la atención. En México el 50% de las erogaciones en salud es gasto de bolsillo. En Colombia y Costa Rica este porcentaje asciende a 26% y 22% respectivamente, en tanto que en el Reino Unido apenas alcanza el 3%.

<sup>132</sup> Los gobiernos estatales y el gobierno federal asignan 1.8 veces más recursos per cápita a la población derechohabiente de seguridad social que a la población no asegurada. Además, en la asignación per cápita de recursos federales entre entidades federativas, se observa una diferencia de nueve a uno entre el estado con mayor asignación y el que menos recursos recibe para población no asegurada. Esta distribución de recursos entre estados no guarda relación con las necesidades de salud. De hecho, las entidades federativas que mayores necesidades tienen son las que, en general, reciben menos recursos del gobierno federal.

<sup>133</sup> En México, de acuerdo con los análisis realizados por la Secretaría de Salud, algunos gobiernos locales asignan a los servicios estatales de salud 535 veces más recursos que otras entidades federativas.

<sup>134</sup> Como consecuencia de la aplicación de la actual fórmula de asignación de recursos, los servicios estatales de salud a nivel nacional dedican cada vez más recursos al pago de recursos humanos, en detrimento al gasto de inversión.



entre órdenes de gobierno y con la ciudadanía; y dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales, incluido el Derecho a la Protección de la Salud.

De acuerdo con la exposición de motivos, el punto medular de la propuesta fue lograr que la gran innovación del sistema de salud en México, que tuvo lugar en 1943, es decir, el aseguramiento en materia de salud, se extienda a todos los mexicanos a través de la constitución de un nuevo sistema integrado por tres seguros públicos de salud: un seguro para los asalariados del sector privado formal de la economía, un seguro para los trabajadores al servicio del Estado y otro para los autoempleados y los desempleados sin acceso a la seguridad social operado por el Sistema de Seguro de Protección Social en Salud.

Bajo la perspectiva del Gobierno Federal, la iniciativa buscó garantizar el derecho constitucional a la Protección de la Salud por medio del Sistema de Protección Social en Salud, el cual servirá de instrumento para financiar la atención de la población que carece de una relación laboral con un patrono y, por tanto, excluida de las instituciones de seguridad social. Con este tercer seguro público, como nuevo componente financiero del Sistema Nacional de Salud, se pretende alcanzar el ideal de la universalidad de la cobertura de los servicios de salud.

Bajo un sistema similar al de un "seguro", el pago de cuotas de recuperación en el momento de la atención será sustituido por una aportación familiar anual y anticipada conforme a la condición socioeconómica, y cuya principal fuente de financiamiento serán recursos públicos tanto federales como estatales, se protegerá a las familias con un catálogo de servicios esenciales de salud que incluirá sin costo adicional los medicamentos asociados a los tratamientos.

De acuerdo a la iniciativa que presentó el Ejecutivo Federal el catálogo de servicios esenciales sería definido por el Consejo de Salubridad General. Éstos prevén la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas

profesionales y aceptabilidad social. Los mismos criterios serían aplicados a la definición de los medicamentos asociados a los tratamientos contenidos en el catálogo de servicios esenciales.

El tema del financiamiento se aborda en la iniciativa desde una perspectiva federal con el fin de garantizar una contribución proporcional a la capacidad de pago y una redistribución proporcional a las necesidades de salud. Adicionalmente considera el financiamiento de los servicios otorgados por los organismos descentralizados, cuyo ámbito de acción es estatal. La consolidación de la descentralización de los servicios de salud buscará reforzar y extender la distribución de facultades y recursos en el nivel estatal.

Bajo la perspectiva de la iniciativa, el planteamiento financiero parte de la premisa de reorganizar y redistribuir los recursos ejercidos actualmente a través de diversos ramos de gasto público federal en salud para población no asegurada, bajo una nueva lógica que canalice específicamente los recursos destinados a la prestación de servicios de salud preventivos y de atención médica hacia el Sistema de Protección Social en Salud.

A fin de promover una mayor equidad en el financiamiento entre los tres seguros públicos de salud, el Ejecutivo Federal propone que el Sistema de Seguro de Protección Social en Salud sea financiado de forma tripartita de la siguiente manera:

- Como primer aportante, el Gobierno Federal contribuirá anualmente con una "cuota social" por cada familia beneficiaria del Sistema, equivalente a la cuota que aporta el Gobierno Federal para cada individuo afiliado al Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS, la cual se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor, tal como ocurre en el caso de la aportación federal para el IMSS.

El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de las entidades federativas los recursos que, por concepto de cuota social le correspondan con base en los padrones de familias beneficiarias del Sistema de Protección Social en Salud.

- Como segundo aportante se prevé la concurrencia de recursos de las entidades federativas y el Gobierno Federal en una "aportación solidaria" que propone i) una aportación estatal mínima, ii) la aportación federal a partir de la distribución de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona conforme a una fórmula que tomará en cuenta las necesidades de salud, el gasto estatal y el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, y iii) un valor mínimo para el monto de la aportación solidaria.

Entre las fuentes de financiamiento para la aportación solidaria se tomará en cuenta gradualmente y por entidad federativa la porción de recursos federales del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), que actualmente se destinan al financiamiento de los servicios de salud a la persona.

- El tercer aportante son las propias familias beneficiarias a través del pago de cuotas familiares que serán anticipadas, anuales, de carácter progresivo, y que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia. Se plantea que estas aportaciones se recauden directamente por los gobiernos estatales y se apliquen como destino específico al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos.

Por otra parte, se proponer que con el objetivo de cubrir al Sistema ante el riesgo de incurrir en gastos catastróficos vinculados a tratamientos y medicamentos que impliquen un alto costo, se plantea la constitución de un fondo sufragado con aportaciones federales, estatales y eventualmente de la sociedad en general que permitirá diversificar riesgos en el ámbito nacional y mantener sano el esquema financiero del Sistema frente a estas eventualidades. Se sugiere que el Consejo de Salubridad General defina qué tratamientos serán cubiertos por este fondo, mientras que su forma de operación será establecida en el reglamento correspondiente.

Asimismo, se propone establecer para algunas intervenciones y medicamentos un esquema de cuota reguladora, de administración estatal, que tendrá como finalidad garantizar el uso responsable de los servicios de salud y no la de recaudación; por lo que no podrá ser utilizada como fuente adicional de ingreso para la operación del Sistema de Protección Social en Salud.

En lo que respecta al ámbito de la prestación de servicios de salud a la comunidad, la iniciativa propone canalizar a las entidades los recursos correspondientes a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, sus características se describirán en el punto 4.2.2. Federalismo Cooperativo.

En este esquema, los servicios estatales de salud son responsables de prestar los servicios de salud a la comunidad en adición a su papel en la prestación de servicios de salud a la persona. Cabe mencionar que entre los primeros se encuentran las acciones y programas dirigidos a la colectividad y de extensión comunitaria, los servicios ambientales, el ejercicio y vigilancia de la regulación sanitaria a través del control sanitario de bienes y servicios, la regulación de la atención a la salud, y las actividades vinculadas con la vigilancia epidemiológica.

Los servicios de salud a la comunidad se caracterizan por estar dirigidos a la población total de la entidad, independientemente de su condición de aseguramiento en salud. Asimismo, en este rubro se incluyen las actividades vinculadas con el ejercicio de la función de rectoría del sistema de salud estatal, entendiéndose por ello las actividades vinculadas con la definición de políticas, la generación de información, la evaluación y, la definición de marcos normativos y regulatorios de ámbito local.

En este orden de ideas, las Entidades Federativas recibirán los recursos correspondientes a la prestación de servicios de salud a la persona y a la prestación de servicios de salud a la comunidad, de manera independiente y bajo una lógica de asignación de recursos que toma en cuenta la diferente naturaleza de cada uno de estos servicios, así como la diversidad de funciones y

responsabilidades a cargo de los Estados conforme a lo que establece la Ley General de Salud.

Siguiendo a la exposición de motivos, lo anterior, permitirá garantizar la disponibilidad de recursos para cada tipo de actividad. Además, promoverá la separación de funciones al interior de los servicios estatales de salud. Así, las actividades propias de la función rectora al interior de la Entidad Federativa y aquellas vinculadas con la prestación de servicios de salud a la comunidad y a la población en general, serán financiadas bajo una lógica acorde con la naturaleza de estos servicios<sup>135</sup>.

Es preciso mencionar que la iniciativa descrita fue aprobada por el Congreso de la Unión y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003. Durante el proceso legislativo, el proyecto fue modificado, sin embargo, la mayoría del contenido se conservó.

Entre los cambios significativos se encuentra la supresión de la facultad para que el Consejo de Salubridad General definiera los servicios esenciales en salud, y el fortalecimiento de la utilización del Cuadró Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y el Catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel al establecerse la obligatoriedad de aplicación para las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte se incluyen mecanismos de coordinación interinstitucional para que los derechohabientes de las instituciones de seguridad social puedan incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud.

Asimismo se reconoce en la Ley General de Salud que *“Todos los mexicanos tiene derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social”* además *“La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y*

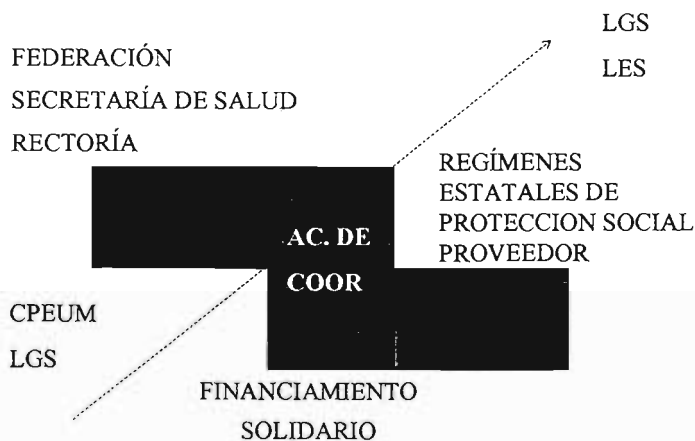
---

<sup>135</sup> Para la descripción de la iniciativa de reformas a la Ley General de Salud, presentada por el Ejecutivo Federal, denominada “Reforma para la Protección Social en Salud”, se tomó como base la exposición de motivos. Lo anterior, con el propósito de desvirtuar lo menos posible el espíritu de la iniciativa.

*hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas de forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.”*

El Sistema de Protección Social en Salud se integra por los regímenes estatales, los cuales son los proveedores de los servicios; la coordinación de acciones esta a cargo de la Secretaría de Salud. Asimismo el financiamiento será solidario por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios, cabe destacar que la propuesta inicial contemplaba que el financiamiento fuese subsidiario.

### SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD



Además, en congruencia con el carácter de la Protección Social en Salud como una materia de salubridad general, se establece un mecanismo para la distribución de competencia entre la Federación y los estados. En este marco le corresponde a la Federación, entre otras acciones, las siguientes: la formulación

del plan estratégico de desarrollo del Sistema y aplicar medidas correctivas; establecer el esquema de cuotas familiares, el marco organizacional del sistema y el convenio para optimizar recursos en salud, propiciar el intercambio de información con instituciones de seguridad social, y evaluar el desempeño de los regímenes estatales de protección social en salud.

A las Entidades Federativas les corresponde, proveer los servicios de salud y medicamentos asociados; programar recursos suministrados por la Federación para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento, de acuerdo con el plan maestro que emita la Secretaría de Salud, y promover la participación de los municipios en los regímenes estatales.

Para la incorporación de las entidades federativas al Sistema de Protección Social en Salud, es necesaria la suscripción de acuerdos de coordinación con la Federación, así como la acreditación gradual de la calidad de los establecimientos de atención médica. Los beneficiarios se incorporarán previa solicitud y acreditamiento de los requisitos y pago de cuota familiar. Cabe mencionar, que conforme el artículo octavo transitorios de la reforma, se planea que a partir de la entrada en vigor de la reforma, cada año y de manera acumulativa, se podrán incorporar al Sistema hasta el equivalente a 14.3% de las familias susceptibles de nueva incorporación, con el fin de alcanzar el 100% de cobertura en el año 2010. La cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zona rurales e indígenas, de conformidad con los padrones que utilice el Gobierno Federal.

Respecto a los acuerdos de coordinación antes mencionados, estos deberán ceñirse al modelo nacional que establezca la Secretaría de Salud, los elementos mínimos serán: conceptos de gasto, destino de los recursos, indicadores de seguimiento a la operación y términos de para la evaluación integral.

Además se establecen dos órganos para el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, el primero de ellos es el Consejo Nacional de Protección Social en Salud que fungirá como órgano regulador del Sistema y se

constituye como un órgano colegiado consultivo, se integra por el Secretario de Salud, que lo preside; el Secretario de Desarrollo Social; el Secretario de Hacienda y Crédito Público; los directores generales del IMSS y del ISSSTE; el Secretario del Consejo de Salubridad General y cinco titulares de servicios estatales de salud.

La Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud, es el segundo órgano que contempla la reforma. Éste se constituirá como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, su titular será designado por el Presidente de la República a propuesta del Secretario de Salud Federal y se regirá a través de un reglamento interior. Su objetivo será coordinar las acciones del sistema en los regímenes estatales de protección social en salud.

Por otra parte, el aspecto financiero de la reforma respetó, casi en su integridad, a la propuesta del Ejecutivo Federal. El esquema de financiamiento del sistema se integrará de la forma siguiente: el Gobierno Federal aportará una cuota social del 15% del salario mínimo vigente diario para el Distrito Federal; el Gobierno Estatal aportará de forma solidaria, como mínimo el 7.5% por familia, y la Secretaría de Salud aportará solidariamente, a través del Fondo de Aportación para los Servicios de Salud a la Persona, al menos 1.5 veces la cuota social.

Los recursos destinados para el financiamiento del sistema serán inembargables, no se podrán gravar, afectarlos en garantía, ni destinarlos a fines distintos; los recursos serán administrados por los Estados y el Distrito Federal conforme a sus leyes y con base en los acuerdos de coordinación que suscriban con la Federación. Cabe mencionar que los recursos no pierden su carácter de federal para efectos de auditoría y evaluación.



## Cuota Social y Aportación Solidaria



Asimismo, se establecen cuatro fondos, el de aportación para los servicios de salud a la persona; de aportación para los servicios de salud a la comunidad; de protección contra gastos catastróficos, y de previsión presupuestal anual.

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona se integrará por el monto destinado en el ejercicio inmediato anterior, el componente de asignación por esfuerzo estatal para la entidad, el componente de asignación por necesidades de salud y el componente de asignación por desempeño.

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, se constituye para el financiamiento de los tratamientos médico y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren. En una fase inicial, de acuerdo con el transitorio décimo cuarto de la reforma, se contemplan el diagnóstico y tratamiento del Cáncer, problemas cardiovasculares, enfermedades cerebro-vasculares, lesiones graves, rehabilitación del largo plazo, VIH/SIDA, así como cuidados intensivos neonatales, trasplantes y diálisis.

El fondo que se comenta, es de carácter federal de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por el Ejecutivo

Federal. Se constituye con el ocho por ciento de la cuota social, las aportaciones solidarias de la Federación y los estados; los remanentes de la previsión presupuestal anual se canalizarán a este fondo.

La previsión presupuestal anual o de reserva de operación, es un fondo federal de vigencia anual, administrado por la Secretaría de Salud, con reglas de operación definidas por el Ejecutivo Federal. Se constituye con el tres por ciento de la cuota social, las aportaciones solidarias de la Federación y los estados. Su objetivo es atender las necesidades de infraestructura para la atención primaria y especialidades básicas en estados con mayor marginación social, así como para cubrir las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios durante cada ejercicio fiscal y para la garantía de pago por la prestación interestatal de servicios. La Secretaría de Salud rendirá anualmente un informe al Congreso de la Unión.

#### **4.2.2. Federalismo Cooperativo**

Se concibe como estrategia en el Programa, la construcción de un federalismo cooperativo en materia de salud, el cual busca articular un sistema que dé fuerza y solidez a la Federación en el marco de respeto a las atribuciones de los diferentes niveles de gobierno y mediante un proceso de revisión dinámica en la que la distribución equilibrada de facultades responda a las necesidades cambiantes del Sistema Nacional de Salud, lo que supone establecer arreglos de cooperación y coordinación entre las entidades federativas y la Federación.

Las líneas de acción para el desarrollo de la estrategia, son entre otras:

- Establecer nuevos mecanismos para la asignación equitativa de recursos.
- Culminar la descentralización de la Secretaría de Salud.
- Reforzar el papel coordinador del Consejo Nacional de Salud.

El tema de la asignación de recursos es de gran importancia si se considera que la salud no es solamente la ausencia de enfermedad física o

mental del individuo, sino que implica un desarrollo social de la persona y de la sociedad.

Si bien es cierto que en la década de los noventa, se estableció un nuevo mecanismo de distribución de recursos financieros hacia las entidades federativas, también lo es que hoy en día esa distribución asimétrica ha provocado importantes rezagos e inequidad en la ejecución de las políticas públicas en salud.

En la época de su creación, se concibió a la fórmula de asignación en dos momentos, el primero a partir de la infraestructura médica y gastos de plantilla de personal transferidas a los estados, así como los gastos de operación del año anterior; y por otra parte, se vislumbró un factor de equidad para la asignación presupuestal en la distribución de los recursos adicionales destinados a promoverla.

Lo anterior se planeó lograr a través de la aplicación de factores financieros encaminados a la protección de la población no asegurada, y la aplicación de una razón estadística estandarizada de mortalidad y el índice de marginación determinado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información, perteneciente al Gobierno Federal.

El resultado de la aplicación de la fórmula en el Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud no fue el esperado, ante este escenario, el Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud, ha determinado realizar dentro de la línea de acción 6.1 del Programa Nacional de Salud, las acciones siguientes:

- Definir una nueva fórmula de captación ajustada para asignar recursos para la población no asegurada, fomentando en todo momento la equidad en el financiamiento.
- Diseño de una política de aplicación de la fórmula que considere una fase de transición gradual hacia la equidad presupuestal.
- Definición de criterios explícitos para la asignación del presupuesto global de inversión que reflejen las necesidades de expansión de la infraestructura en correspondencia con la demanda de servicios.

- Utilización de mecanismos de presupuesto o pago en las instituciones descentralizadas, a través del análisis de la demanda de servicios.
- Utilización de información sobre el volumen y complejidad de la actividad hospitalaria para estimar los costos de atención en las unidades hospitalarias.

En este sentido la política pública ha tenido como resultado la firma de un instrumento consensual y la reforma a la Ley General de Salud. Por lo que respecta al primero de ellos, se firmó, en el marco del Consejo de Salubridad General, un memorándum de entendimiento para la optimización del Sistema Nacional de Salud entre la Secretaría de Salud y los Institutos de Mexicano del Seguro Social y, de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

El compromiso de las partes, en el instrumento antes citado, es desarrollar las acciones necesarias para facilitar la colaboración entre ellas, mediante la planeación conjunta, la participación de recursos humanos, el uso de recursos técnicos y la prestación coordinada de servicios; con la perspectiva de un modelo integrado de atención a la salud destinada a reforzar y optimizar el Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, debido al interés de la Secretaría de Salud por encontrar un nuevo mecanismo equitativo para la asignación de recursos financieros, se presentó una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud que incorpora el esquema de protección social en salud. Dentro de ésta se vislumbró la coexistencia de dos mecanismos de asignación presupuestal. El primero de ellos, le denominaré "tradicional", que no es otro que la fórmula establecida con anterioridad en la Ley de Coordinación Fiscal. La innovación se dio en el segundo esquema, que le nombraré "corresponsable"; en él, las entidades federativas que se adhieran al sistema de protección social en salud deberán suscribir con la Federación un acuerdo de coordinación; el sistema estará financiado de manera solidaria por la Federación, los mismos estados, el Distrito Federal y los beneficiarios.

En este sentido se constituirán diferentes fondos –las particularidades de cada fondo se abordaron en el apartado 4.2.1. Protección Financiera en Salud– entre los que destacan el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad y el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona.

Los recursos contenidos en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad serán ejercidos y destinados<sup>136</sup> por las entidades federativas para realizar acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud.

El monto de los recursos destinados para los efectos descritos en el párrafo anterior, será determinado por la Secretaría de Salud. Cabe mencionar que la fórmula de asignación, la establecerá la misma dependencia; en ella se deberán tomar en cuenta la población total de cada estado y un factor de ajuste por necesidades de salud asociadas a riesgos sanitarios y a otros factores relacionados con la prestación de servicios de salud a la comunidad, además se definirá las variables utilizadas en la fórmula de distribución de los recursos del fondo y proporcionará la información utilizada para el cálculo, así como de la utilización de los mismos al Congreso de la Unión.

---

<sup>136</sup> Es necesario recordar que los recursos presupuestales enviados a las Entidades Federativas por el Ramo General 33, se encuentran etiquetados y destinados a objetivos y conceptos de gastos específicos, por lo que la Secretaría de Finanzas estatal no podrá modificar su destino, sin incurrir en responsabilidad administrativa.

# Gasto en Salud 2003

Presupuesto de Egresos de la Federación

<p>Programas Federales a cargo de la SSA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.</li> <li>•Comunidades Saludables.</li> <li>•Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)</li> </ul> <p>A cargo del IMSS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•IMSS-OPORTUNIDADES.</li> </ul>
--

<p>Conjunto con SEDESOL.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.</li> </ul> <p>A cargo del DIF.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Atención a personas con discapacidad.</li> <li>•Atención a población en desamparo.</li> </ul>
<p>Ramo 33 FASSA</p>

Esquema actual de financiamiento presupuestal.

# Gasto en Salud 2004

Esquema Tradicional

<p>IMSS</p> <p>SEDESOL (Com)</p> <p>Ramo Antidumping (M)</p> <p>Atención a personas con discapacidad</p> <p>RAMO GENERAL 33 FASSA</p>
---

Ac. De Coord.

Esquema Corresponsable

<p>RAMO GENERAL 33</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•FASSA/p</li> <li>•FASSA/c</li> <li>•FPGC</li> <li>•Ppa</li> </ul> <p>CUOTA SOCIAL</p>
--

Esquema adicionado por la reforma a la Ley General de Salud en 2003.

Al respecto cabe apuntar una probable antinomia en cuanto a la facultad exclusiva que tiene la Cámara de Diputados, establecida en el artículo 74, fracción IV para aprobar el Presupuesto de Egresos de la Federación y la facultad

que el artículo 77 bis 20 de la Ley General de Salud le otorga a la Secretaría de Salud para determinar el monto anual del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad.

Lo anterior, en virtud de que los recursos son destinados a las entidades federativas a través de un esquema similar al que contempla la Ley de Coordinación Fiscal. No obstante, se podría argumentar endeblemente que la naturaleza del fondo es distinta, sin embargo, suponiendo sin conceder que así fuera, los recursos suministrados a los estados serían provenientes del ramo administrativo 12, el cual le corresponde a la Secretaría de Salud o de lo contrario serían del ramo 18 dirigido a las Entidades Federativas.

En el primer supuesto –Ramo Administrativo 12- la Secretaría de Salud podría ministrar los recursos a las entidades federativas a través de un acuerdo de coordinación para llevar a cabo acciones de salud en los estados, es preciso mencionar que estas acciones deberán establecerse en un programa federal, el cual, en términos del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio presupuestal 2004, deberá contar con reglas de operación aprobadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y publicadas en el Diario Oficial de la Federación.

En este sentido, es correcto a firmar que una vez aprobado el Presupuesto de Egresos de la Federación por la Cámara de Diputados y aprobado la radicación de recursos a través de los acuerdos de coordinación por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Salud podría suministrar los recursos financieros suficientes desde la Subsecretaría de Administración y Finanzas<sup>137</sup>. Sin embargo, considero que bajo este esquema se restringe el suministro de recursos a los estados a la simple ejecución de un programa federal, si bien es cierto que la Federación debe mantener la rectoría en la materia, también lo es que este esquema no corresponde al espíritu de equidad y federalismo de la Ley General de Salud, toda vez que el centro sigue manteniendo una conexión de asistencia<sup>138</sup>, o mejor dicho, de control financiero

<sup>137</sup> De acuerdo a lo que establece el artículo 11, fracciones I y III del Reglamento interior de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 2004.

<sup>138</sup> Respecto a las conexiones organizacionales, Cfr. Rodríguez, Victoria E, La Descentralización en México, De la reforma municipal a Solidaridad y el nuevo federalismo, FCE, México, 1999, p. 45.

con los estados, propiciando así inequidad y retroceso en el proceso de descentralización.

Situación semejante ocurriría en el supuesto de que los recursos financieros destinados al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad fueran destinados a través del ramo 18 Entidades Federativas. Lo anterior se asevera en virtud de que por una parte sería absurdo pensar que los recursos tendrían carácter de aportación si forman parte de la "gran bolsa" que la Federación regresa a los Estados para que éstos la ejerzan como recursos propios. Asimismo, el dinero que se suministre a las entidades federativas no podría estar etiquetado, es decir, los gobiernos estatales lo ejercerían como parte de un presupuesto total, situación que en el actual grado de descentralización que vivimos, no aseguraría un ejercicio presupuestal equitativo entre las entidades federativas, toda vez que existe un ejercicio del gasto público estatal en salud asimétrico, situación que provocaría irremediablemente la exigencia de auxilio a la Federación para cumplir con la función pública de los servicios de salud.

Por lo expuesto, se considera que para la correcta ministración de los recursos que integran el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, es necesario reformar la Ley de Coordinación Fiscal en los preceptos correspondientes al Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud. No es suficiente que la Secretaría de Salud en una disposición normativa de índole administrativa establezca la fórmula "corresponsable" de asignación de recursos, para que se faculte a la dependencia citada a establecer el monto.

No obstante, se vislumbra otra solución, que se establezca en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación una ramo especial denominado Protección Social en Salud, otorgando la facultad a la Secretaría de Salud para distribuir de forma equitativa los recursos financieros a los estados, cabe mencionar que la facultad de establecer el monto del fondo es competencia de la Cámara de Diputados en congruencia con la norma constitucional.

La propuesta descrita en el párrafo anterior, no esta exenta de hipertrofia normativa, en el sentido de que sería necesario establecer una regulación de coexistencia entre los dos regímenes de asignación de recursos presupuestales,



es decir, entre el Ramo General 33 "Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud" y el nuevo ramo de "Protección Social en Salud", es conveniente recordar que de acuerdo a la Ley General de Salud, el esquema "corresponsable" del Sistema de Protección Social en Salud es discrecional para las entidades federativas, por lo que es conveniente considerar mecanismos de coexistencia en el marco jurídico vigente.

Además considero necesario establecer en una disposición legislativa la fórmula de asignación presupuestal en el esquema "corresponsable" garantizando de esta forma el principio de legalidad y certeza, y evitar que por alguna tendencia política se manipulen los factores que integran el mecanismo de asignación de recursos.

En la misma estrategia de Federalismo Cooperativo se establece como línea de acción "Culminar la descentralización de la Secretaría de Salud"; en ésta se reconoce como temas pendientes del proceso iniciado hace veinte años los siguientes:

- Incorporación de elementos de equidad, rendición de cuentas y evaluación en la asignación presupuestal.
- Finiquito de la cesión de bienes inmuebles y muebles.
- Descentralización de la nómina y el recurso de pago a los trabajadores.
- Transferencia a los estados del Programa de Ampliación de Cobertura en todos sus componentes.
- Culminación de la transmisión de funciones y atribuciones en materia de regulación sanitaria estatal.
- Conclusión de la transferencia de los procesos administrativos a las entidades federativas.
- Transferencia de las instalaciones de atención médica pertenecientes, aun a la Secretaría de Salud, hacia el Distrito Federal.
- Fortalecimiento del proceso de autonomía y asignación de recursos de los Institutos Nacionales de Salud como centros de referencia e investigación.

- Desconcentración de las funciones administrativas y de salud pública al nivel jurisdiccional, vinculándolas con los municipios.

En esta línea de acción cabe destacar la incorporación de elementos de equidad, rendición de cuentas y evaluación en la asignación presupuestal, y la desconcentración de las funciones administrativas y de salud pública al nivel jurisdiccional, vinculándolas con los municipios. La primera es fundamental para la gobernanza de la República en materia de salud, es necesario aclarar que se entiende por gobernanza o gobernabilidad al ejercicio de la autoridad política, económica y administrativa en la gestión de los asuntos de un país en todos los niveles. Esta comprende los complejos mecanismos, procesos e instituciones por medio de los cuales los ciudadanos articulan sus intereses, median sus diferencias y ejercen sus legítimos derechos y sus obligaciones<sup>139</sup>.

En este sentido los elementos de equidad, los espacios de rendición de cuentas, evaluación del desempeño, articulación de las políticas públicas en salud y los canales de participación social en la materia, se vinculan estrechamente con el Consejo Nacional de Salud y la participación social en salud, razón por la cual se comentarán en los apartados correspondientes.

Respecto a la desconcentración de las funciones administrativas y de salud pública al nivel jurisdiccional, vinculándolas con los municipios; se considera que de forma equivocada se ha establecido como una acción dentro de un programa sectorial con tendencia claramente democrática y descentralista.

Es claro que el proceso de descentralización no ha terminado, falta la consolidación de la descentralización hacia las entidades federativas, la eventual descentralización hacia los municipios y posteriormente llevar ésta política hasta la sociedad civil. Para lo anterior, no basta que las facultades administrativas descentralizadas a los gobiernos estatales se desconcentren solamente a los municipios a través de estructuras orgánicas de la administración pública local o, en su caso, las jurisdicciones sanitarias, es fundamental que se descentralicen otorgando a las autoridades municipales las atribuciones para operar los servicios de salud, propiciando mecanismos de coordinación en el ámbito administrativo –

entre los municipios de la misma entidad federativa o de otra entidad- y de cooperación financiera entre los municipios y el gobierno estatal<sup>140</sup>.

Es importante considerar que no siempre una jurisdicción sanitaria equivale territorialmente a un municipio, el único caso que existe en las 230 jurisdicciones del país, es el estado de Tabasco, el cual tiene 17 jurisdicciones sanitarias y 17 municipios; situación aunada con nuestro mosaico cultural y político, hace casi imposible la materialización y eficacia de la acción propuesta por el Gobierno Federal.

Asimismo, el Programa establece a la "Culminación de la transmisión de funciones y atribuciones en materia de regulación sanitaria estatal" como otra acción a seguir en el marco de la descentralización. Se pretende que a través de nuevos acuerdos de coordinación se establezcan las funciones que se descentralizarán a los estados.

En este ejercicio es necesario que la autoridad sanitaria federal contemple los avances previos, descritos en los capítulos que anteceden a éste, así como los problemas jurídicos y de ejecución que presentan los mismos. Considero que el principal problema es el catalogo de funciones, toda vez que los acuerdos específicos firmados en 1996 y 1997 contemplan facultades generales y no así específicas, remitiéndolas a un anexo, el cual no se formalizó como parte del instrumento consensual.

Un elemento de reflexión es que de acuerdo al programa, también se descentralizarán las atribuciones en materia de regulación sanitaria. Sin duda, el derecho se encuentra en la zaga en comparación con la política pública. Lo anterior se asevera, si se toma en cuenta la distribución de competencias del federalismo dual en el ámbito constitucional y la del federalismo cooperativo que se realiza a través de los acuerdos de coordinación fundamentados en la Ley General de Salud.

---

<sup>139</sup> Casas, Juan Antonio, "Gobernabilidad, Salud y Reforma: Hacia el Desarrollo Humano y la Salud con Equidad", en *Gobernabilidad y Salud, Políticas Públicas y Participación Social*, OPS, E.U.A., 1999, p. 2.

<sup>140</sup> La reforma al artículo 115 constitucional, de acuerdo con Victoria E. Rodríguez en la obra *La Descentralización en México, de la reforma municipal a Solidaridad y el nuevo federalismo*, tenía como propósito garantizar a los municipios fuentes de recaudaciones fijas e intocables, lo que les permitiría suministrar servicios públicos y fortalecer su independencia política

Es difícil pensar, desde el punto de vista jurídico, que las entidades federativas regulen actividades materia de salubridad general exclusiva de la federación, como es el caso del control sanitario de productos y servicios, de insumos para la salud, de la publicidad y de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos.

Permitir lo anterior, tendría como consecuencia la ilegalidad de las disposiciones que regularán tales actividades, en virtud de que el artículo 18 de la Ley General de Salud, establece la hipótesis normativa de celebrar acuerdos de coordinación con las entidades federativas para su participación en la prestación de los servicios de control sanitario y no así para la regulación de éstos

Por su parte la línea de acción 6.5, destaca la importancia de reforzar las funciones del Consejo Nacional de Salud para incorporarlo a la discusión de nuevas alternativas de organización, financiamiento y prestación de los servicios de salud.

El principal objetivo de la acción, es constituir al Consejo Nacional de Salud en un órgano colegiado de las autoridades sanitarias del país en el que se definan, coordinen y evalúen las políticas y programas estratégicos de salud, respetando la soberanía de los gobiernos estatales y municipales.

Para lograr lo anterior, el Gobierno Federal planea llevar a cabo las actividades siguientes:

- Fortalecimiento de las recomendaciones emitidas en el seno del Consejo Nacional de Salud.
- Establecimiento en el Consejo Nacional de Salud de comisiones y grupos de trabajo para el estudio de problemas que influyen en la operación descentralizada de los servicios, a fin de emitir las recomendaciones necesarias.
- Promoción de acuerdos explícitos de cooperación interestatal en el desarrollo de programas y servicios en el ámbito regional, incorporando elementos que garanticen la viabilidad financiera de los acuerdos así como la clara definición de compromisos y responsabilidades.

- Promoción de la rendición de cuentas en los congresos locales, ante la ciudadanía y ante el propio Consejo Nacional de Salud.

Al respecto, se reconoce que desde la creación del Consejo Nacional de Salud se ha dado un avance significativo en el federalismo cooperativo. En la actualidad, ese órgano colegiado se debate en la elaboración de nuevas reglas para la toma de decisión, lo cual lleva implícita la necesidad de otorgar fuerza vinculatoria a sus recomendaciones.

Si bien es cierto que el Consejo Nacional de Salud, solamente es un órgano para la coordinación y evaluación de acciones y políticas públicas en salud, también lo es que se deberá erigir en el punto de encuentro del federalismo cooperativo, será la máxima expresión de la convivencia respetuosa de la Federación y las Entidades Federativas, y evitará la invasión de competencias, así como la coacción política del centro a la periferia.

#### **4.2.3. Rectoría de la Secretaría de Salud**

Como estrategia 7 del Programa Nacional de Salud, se propone fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud, mediante la consolidación de su función como instancia encargada del diseño e instrumentación de las políticas nacionales de salud; la coordinación de las actividades regulatorias; la representación internacional; la generación de información sectorial y la evaluación del desempeño.

Se ha vislumbrado a la rectoría del Estado en tres grandes vertientes: conducción de políticas; regulación, e información. En la primera de ellas, el Consejo de Salubridad General será el ente encargado de la coordinación sectorial e intersectorial, además de participar en la elaboración y evaluación de las políticas públicas en la materia; el Consejo Nacional de Salud, será la instancia encargada de la coordinación territorial con los Servicios Estatales de Salud y la Secretaría de Salud, como dependencia de la Administración Pública Federal, tendrá bajo su cargo, la cooperación internacional.

La regulación sanitaria se dividirá en cuatro grupos, i) bienes y servicios; ii) insumos; iii) salud ambiental, y iv) control de la publicidad. Al respecto en julio de 2001 se creó la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, instancia competente para ejecutar las atribuciones de control sanitario que la Ley General de Salud le confiere a la Federación, con excepción de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos, así como la sangre y sus componentes. Sin embargo en una reforma reciente a la ley mencionada, se le otorgaron a la Comisión Federal la totalidad de las atribuciones, dejando como simples ejecutores de las políticas públicas al Centro Nacional de Trasplantes y al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea.

La tercer vertiente que quizá sea la más importante para la rectoría, es la información, ésta parte de dos acciones, la recopilación y normatividad, y el análisis y evaluación del desempeño. Bajo este esquema se piensa consolidar los Sistemas Nacionales de Información en Salud y de Vigilancia Epidemiológica, además de incorporar el de cuentas nacionales, y un mecanismo de rendición de cuentas, en el seno del Consejo Nacional de Salud, por parte de las entidades federativas y la Federación; en el Consejo de Salubridad General, para la definición de políticas públicas en la materia, y en una Asamblea Nacional de Ciudadanos en donde la sociedad encontrará un canal nuevo en la participación social en salud.

En este sentido, se han diseñado ocho líneas de acción en esta estrategia, entre las cuales sobre salen:

- Fortalecer el papel coordinador del Consejo de Salubridad General.
- Fortalecer la coordinación intra e intersectorial.
- Proteger a la población contra riesgos sanitarios.
- Fortalecer la capacidad de evaluación del Sistema Nacional de Salud.

Por lo que respecta al fortalecimiento del papel coordinador del Consejo de Salubridad General, resulta por demás afirmar que este es un planteamiento trascendental en la rectoría del Estado en la materia.

Es necesario recordar que este Consejo es un órgano constitucional que depende del Presidente de la República, es presidido por el Secretario de Salud e

integrado por un secretario y 13 vocales titulares, representantes de las diversas instituciones de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud; su función primordial es la de funcionar como foro de análisis y decisión de temas relacionados con la salud, así como el establecimiento de las directrices de las políticas de salud.

En el marco del Consejo de Salubridad General se han emitido dos acuerdos de gran importancia para la consolidación del Sistema Nacional de Salud, el primero de ellos es el que establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumo<sup>141</sup>, y el segundo es que establece que las instituciones públicas del sistema nacional de salud, deberán comprar medicamentos genéricos intercambiables<sup>142</sup>.

Cabe mencionar que los instrumentos normativos mencionados fueron presididos por la implementación de políticas públicas para garantizar la efectividad y seguridad en los insumos; el abasto eficiente y oportuno, la prescripción racional y, las mejores condiciones económicas y de calidad para la Federación y las entidades federativas, permitiendo optimizar recursos de acuerdo con los principios contenidos en el artículo 134 constitucional.

Aunado a lo anterior, se firmó por iniciativa de los integrantes de la Junta Ejecutiva del Consejo de Salubridad General, el Memorandum de Entendimiento para la Optimización del Sistema Nacional de Salud entre la Secretaría de Salud y los Institutos de Mexicano del Seguro Social y, de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Considerando que una facultad de este Consejo es contribuir a la definición de la política pública en salud del país, así como establecer estrategias para coadyuvar al cumplimiento del Programa Nacional de Salud, es necesario reflexionar que el Consejo de Salubridad General se convierte en el ente rector de

---

<sup>141</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 2002.

<sup>142</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de junio de 2002.

la salud en nuestro país. Aunado a lo anterior, el Sistema Nacional de Información en Salud y el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, se constituyen en la principal herramienta para la toma de decisiones y la construcción y evaluación de las políticas públicas.

#### **4.2.4. Participación Social en Salud**

El Gobierno Federal estableció en la estrategia 9 del Programa Nacional de Salud, la necesidad de ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención. Reconoce que un sistema de salud efectivo y eficiente requiere de ciudadanos y grupos organizados interesados en incorporar temas a su agenda y participar en el diseño, implantación y evaluación de las políticas y programas; ciudadanos y grupos que se constituyan en parte de su soporte técnico, que den legitimidad a las acciones de gobierno.

Asimismo, dispone que para hacer factible la participación social en salud es necesario que los ciudadanos y sus representantes deban tener acceso a la información relevante; contar con foros para dar a conocer sus opiniones y propuestas; participar en la toma de decisiones en todos los niveles del sistema, y contar con mecanismos para presentar quejas y sugerencias.

En este contexto el Gobierno Federal ha propuesto crear Asambleas Municipales y Estatales de Salud que integrarán, a su vez, a la Asamblea Nacional Ciudadana de la Salud, con el fin de intercambiar ideas y experiencias entre autoridades y ciudadanos. Además este cuerpo colegiado será el foro idóneo para la rendición de cuentas sobre el uso de los recursos públicos para la salud y el avance de las políticas y programas.

La Secretaría de Salud ha creado otros puntos de encuentro entre la sociedad civil y las autoridades sanitarias, como son el Consejo Nacional de Salud, el Consejo de Salubridad General, el Consejo Consultivo de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, el Consejo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, el Foro Ciudadano, así como las instancias de atención a la ciudadanía de los programas federales de Salud para Todos, Seguro



Popular de Salud; Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, y Comunidades Saludables.

La participación social en salud es de gran importancia para lograr la gobernabilidad democrática del país. Ésta dependerá, siguiendo las ideas de Juan Antonio Casas<sup>143</sup>, de la capacidad de la sociedad para canalizar los diversos intereses de sus miembros y de articular y resolver adecuadamente la suma de tensiones que se producen en su entorno, así como los complejos mecanismos, procesos e instituciones por cuyo medio se articulan estos intereses, se median las diferencias y los ciudadanos ejercen sus legítimos derechos y sus obligaciones mediante el ejercicio de la autoridad política, económica y administrativa en la administración de los asuntos de un país en todos los niveles, con la efectiva participación de la sociedad civil, el sector privado y el mismo Estado.

Finalmente, se debe reconocer que el legislador a dado el primer paso hacia la reglamentación que haga posible garantizar el Derecho a la Protección de la Salud; resulta conveniente recordar lo que Diego Valadés manifestó:

*“Al determinarse que una ley regule las formas de acceso a servicios de salud, se entiende que se trata sólo de los de carácter personal (atención médica) y que, por las consideraciones que deberán hacerse en cuanto a recursos del estado y necesidades de los usuarios, será indispensable fijar reglas que favorezcan a quienes más lo requieran (...) Las características de virtual gratuidad de ciertos servicios, y las limitaciones existentes en algunos casos, derivadas de los vínculos laborales, deberán ser examinadas por el legislador. No se podía plantear una garantía sin reglamentación, porque si con fundamento en ella todos los habitantes del país hubiesen demandado atención médica en cualquier institución oficial, se habría generado una terrible confusión administrativa.”*

Una vez expuesta la perspectiva del Gobierno Federal en el ámbito de la salud, contemplada en el Plan Nacional de Desarrollo, en el Programa Nacional

de Salud y en la reforma a la Ley General de Salud, en el capítulo siguiente, se esbozará la prospectiva del Derecho a la Protección de la Salud en nuestro país.

## **CAPÍTULO 5. Prospectiva del Derecho a la Protección de la Salud**

A lo largo del presente trabajo, se han descrito y analizado las directrices que han servido como punto de partida a la evolución del Derecho a la Protección de la Salud, así como los problemas que los distintos gobiernos han enfrentado para su consolidación.

El Derecho a la Protección de la Salud no se ha garantizado totalmente con los esfuerzos realizados, el derecho como factor de justicia social debe evolucionar y satisfacer las necesidades de los gobernados a través de la tutela efectiva de los derechos sustanciales del hombre; el Estado deberá buscar nuevas fórmulas o mecanismos para que los sectores público, privado y social participen en la construcción de un verdadero Sistema Nacional de Salud.

En los últimos tiempos, el avance de la política y de la ciencia se ha dado con mayor rapidez que el de las instituciones jurídicas, el derecho se ha quedado a la zaga de la realidad científica y social. Como lo apunta Lévi-Strauss, la ciencia no sólo ha ampliado y transformado la visión de la vida y del universo enormemente, sino que también ha revolucionado las reglas con las que opera el intelecto<sup>144</sup>. Es entonces cuando surge la necesidad de un debate plural que nos permita construir un nuevo diseño normativo que garantice el Derecho a la Protección de la Salud, y establezca reglas para evitar la discrecionalidad en la función pública del Estado.

Es usual considerar a la expedición de una ley o reforma como una de las soluciones a los problemas que aquejan a la sociedad, sin embargo, los resultados a veces no son los esperados. La obediencia de la norma requiere de elementos jurídicos y metajurídicos, como lo apunta Miguel Ángel Camposeco Cadena al aseverar que *"No basta que la ley ordene, se requiere que el individuo*

---

<sup>143</sup> Casas, Juan Antonio, "Gobernabilidad, Salud y Reforma: Hacia el Desarrollo Humano y la Salud con Equidad" en *Gobernabilidad y Salud, Políticas Públicas y Participación Social*, OPS, E.U.A., 1999.

<sup>144</sup> Hobssbawm, Eric, *Historia del Siglo XX*, Crítica, España, 1998, p. 516.

*pueda cumplirla, que la sociedad la acepte como norma de convivencia propia por ser válida, congruente, oportuna, necesaria y de cumplimiento factible. De otra manera, el supuesto legal entra en conflicto con los legítimos derechos o aspiraciones de la sociedad*<sup>145</sup>, y por lo tanto, ésta tiende a desobedecerla.

En la actualidad se tiene una visión más dinámica del Derecho a la Protección de la Salud. Su concepción no se limita a la normatividad en materia sanitaria, sino que se toma en cuenta las acciones que se conjugan entre sí, creando nuevos espacios para la interacción de agentes políticos, económicos y sociales, lo cual confiere nuevas dimensiones al contenido normativo de este derecho sustancial y genera diversos instrumentos que permiten a la sociedad intervenir en la actividad sanitaria.

Es importante considerar que los sistemas de salud se diseñan, construyen y desarrollan sobre supuestos éticos. La protección de la salud como un derecho sustancial, exige la definición precisa de los beneficios que este derecho implica y demanda el diseño y puesta en operación de mecanismos para hacerlo valer.

La prospectiva del Derecho a la Protección de la Salud se centrará en la rectoría del Estado, la participación social, en los mecanismos de financiamiento de los Servicios de Salud, y en el reconocimiento supra nacional de los derechos sustanciales.

## **5.1 Rectoría**

La rectoría del Estado se desarrollará a través de las políticas públicas de descentralización, regulación, transparencia, rendición de cuentas y evaluación del desempeño, así como de fomento a la participación de los sectores público, privado y social en la articulación de un sistema universal de salud.

El esfuerzo gubernamental, deberá concentrarse en cumplir con las funciones de rectoría siguientes:

---

<sup>145</sup> Camposeco Cadena, Miguel Ángel, "Técnica Legislativa", Revista Crónica Legislativa No 15 del 1º de julio al 28 de agosto de 2000.

- La conducción de la política pública en salud, contenida en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud, así como de las acciones de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.
- La regulación y fiscalización del funcionamiento del sistema de atención médica y de los factores relacionados con la preservación y promoción de la salud.
- La organización y ejecución de las funciones esenciales de salud pública.
- La orientación del financiamiento para cumplir con el derecho constitucional.
- Garantizar el acceso a la protección social en salud, atendiendo las necesidades básicas de la población.
- La coordinación, cooperación y evaluación de las instituciones proveedoras de los servicios de salud, así como de los servicios estatales de salud.

En este sentido, la conducción de la acción sectorial consiste en la capacidad de los entes rectores de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política sanitaria nacional mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles; elaborar y poner en marcha planes estratégicos que articulen los diversos esfuerzos y recursos, tanto de las instituciones públicas y privadas del sector como de otros actores sociales; establecer mecanismos participativos y de construcción de consensos, y movilizar los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones planteadas.

La regulación sanitaria se constituye en un proceso que incluye el diseño y la elaboración de normas así como la adopción de medidas que garanticen su efectiva aplicación; tiene como propósito diseñar un marco normativo que proteja y promueva la salud de la población, y asegurar su cumplimiento.

Los servicios esenciales de salud estarán enfocados a integrar la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y

mejorar la salud de las personas; sin perder de vista la responsabilidad de garantizar el Derecho a la Protección de la Salud por parte del Estado.

El financiamiento se integrará de forma dinámica, plural, equitativa y solidaria. Lo anterior, no significa la renuncia a la responsabilidad que tiene el Estado de solventar el ejercicio del Derecho a la Protección de la Salud con recursos de la hacienda pública, sino que al contrario, constituye un nuevo mecanismo para el financiamiento de los servicios de salud, a través de la asignación de recursos públicos específicos, irreductibles a la función de salud, y el fomento por medio de fórmulas fiscales de inversión en infraestructura, servicios médicos y de sanidad por parte de las entidades federativas y particulares.

En la actualidad se ha establecido en nuestro país un régimen de protección social en salud<sup>146</sup>, el cual garantiza el acceso a un plan básico de cobertura de riesgos y daños sanitarios para todos los ciudadanos, cabe mencionar que ese sistema, de acuerdo con las disposiciones legales transitorias, será gradual, iniciando por los sectores poblacionales más vulnerables.

En este orden de ideas, la rectoría del Estado en materia de salud se traducirá en una nueva organización de la autoridad sanitaria, así como en una relación dinámica con los distintos actores que intervienen en el Sistema Nacional de Salud. La descentralización deberá avanzar hasta la sociedad civil, creando nuevos espacios para que los factores reales de poder participen en la elaboración de la política sanitaria, en la normatividad que rige a la salubridad general y en la toma de decisiones.

Es necesario considerar que el cambio de la actitud humana se da sobre una base de colaboración y comprensión, más que con base en decisiones unilaterales que no siempre conducen a la aceptación de la norma y, por lo tanto, a su cumplimiento.<sup>147</sup>

En este sentido, la participación ciudadana implica la posibilidad de que los gobernados discutan abiertamente los problemas y sus posibles soluciones,

---

<sup>146</sup> Cfr. Capítulo IV en lo relativo al Sistema de Protección Social en Salud.

<sup>147</sup> Motezuma Barragán, Gonzalo, "Perspectivas de la Legislación de la Salud", en Los grandes problemas jurídicos. Recomendaciones y propuestas. Estudios jurídicos en Memoria de José Francisco Ruiz Massieu. Porrúa, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Porrúa, México, 1995, p. 219.

intentando replantear intereses y perspectivas en la búsqueda del bien común y soluciones aceptables.

La acción ciudadana, individual o colectiva, enriquece la acción pública, democratiza las decisiones, legitima la definición de prioridades y mejora la asignación de recursos. Un sistema moderno de salud debe crear mecanismos y espacios para hacer del usuario de los servicios un sujeto activo ante los procedimientos de la institución médica y un actor en la toma de decisiones. La democratización de la salud implica, entre otras cosas, estimular la participación de los ciudadanos en todos los niveles del sistema, desde asumir la responsabilidad de su propio estado de salud hasta influir en la toma de decisiones.

No cabe duda que hoy en día los espacios de convergencia entre el gobierno y la sociedad civil han aumentado, tal es el caso de las normas oficiales mexicanas; la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios; la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; los comités estatales de los programas federales Comunidades Saludables y Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud; la figura de contralor médico en las Instituciones Especializadas en Salud; el Consejo de Salubridad General, y los terceros autorizados en materia de control sanitario de la publicidad y de insumos para la salud.

Respecto a la estructura orgánica de la autoridad sanitaria, ésta se debiese transformar en tres vértices, una entidad encargada de la conducción de la política sanitaria, de garantizar el acceso a los servicios de salud, y de la evaluación del desempeño y fiscalización del Sistema Nacional de Salud; otra instancia de concertación y coordinación de las políticas públicas, de la promoción de nuevos esquemas financieros, así como de la definición de los servicios esenciales de salud, y una última enfocada a la regulación, fomento y control sanitario de riesgos contra la salud.

Por lo anterior, es necesario que se fortalezca y consolide el papel rector del Consejo de Salubridad General, en este sentido se ha dado un primer paso a través de la reforma en octubre del 2001 de su reglamento interior. Por medio de

esta modificación se creó la Junta Ejecutiva; se estableció de forma explícita las funciones normativas y consultivas del Consejo, y se formalizaron las funciones de los comités de Calidad de los Servicios de Salud y de Colaboración Sectorial.

En este contexto, destacan las atribuciones que tiene el Consejo de Salubridad General en materia de rectoría, entre éstas encontramos: i) Expedir disposiciones en materia de salubridad general, dentro del ámbito de su competencia<sup>148</sup>; ii) Determinar la lista de problemas de salud prioritarios, incluyendo enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, lesiones y factores de riesgo; iii) Elaborar, publicar, actualizar y difundir el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer niveles, y iv) Promover y desarrollar las acciones que sean necesarias para la certificación y, en su caso, certificar la calidad de los establecimientos de servicios de salud.

Por lo que respecta a la Junta Ejecutiva, es de importancia las funciones siguientes: i) Definir políticas, estrategias y acciones conjuntas para el cumplimiento del programa sectorial de salud, especialmente, por lo que hace a las políticas destinadas a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios, brindar protección financiera en salud a toda la población e incrementar la cobertura de los servicios; ii) Determinar estrategias y acciones de inversión y financiamiento, para consolidar un sistema universal de salud, tanto en infraestructura como en equipamiento, así como en abasto y disponibilidad de medicamentos y otros insumos, en las instituciones públicas de salud; iii) Adoptar un modelo integrado de atención a la salud que orienta la prestación de servicios; iv) Determinar acciones y prioridades para atender los problemas emergentes de salud pública; v) Determinar políticas y líneas de acción para alcanzar la federalización efectiva de la salud, y vi) Evaluar las políticas de salud y promover su reforma, adecuación y consolidación.

El Consejo de Salubridad General como autoridad sanitaria constitucional dependiente del Ejecutivo Federal y con autonomía respecto a la Secretaría de

---

<sup>148</sup> De acuerdo con la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos, tiene atribuciones para expedir disposiciones generales en materia de salubridad general, las cuales deberán ser observadas por las autoridades administrativas del país.

Salud, se erigirá en este nuevo esquema, como la instancia encargada de tutelar el Derecho a la Protección de la Salud, a través del establecimiento de mecanismos de coordinación, cooperación y concertación de acciones entre las distintas instituciones que componen el Sistema Nacional de Salud.

Además, esa instancia constitucional deberá establecer mecanismos financieros para desarrollar la infraestructura existente, promover la inversión privada en los servicios de salud, crear fórmulas financieras que impulsen la racionalización del gasto público, así como inducir los proyectos de investigación que favorezcan el cuidado y restauración de la salud de los mexicanos.

Por lo que respecta a la Secretaría de Salud, deberá fortalecer su conducción de la política sanitaria a través de los distintos organismos encargados de la vigilancia epidemiológica, de promoción y prevención de la salud, de la recopilación y análisis de la información en salud, y la evaluación del desempeño de las instancias que integran el Sistema Nacional de Salud, incluyendo las privadas.

Asimismo tendrá que desarrollar nuevos mecanismos para la coordinación con las entidades federativas en materia de política sanitaria y rendición de cuentas de los servicios de salud en el marco de la descentralización, fortaleciendo la función del Consejo Nacional de Salud.

Por otra parte, se deberá consolidar la función que tiene esa dependencia del Ejecutivo Federal como reguladora de las Instituciones Especializadas en Salud, promoviendo en todo momento la participación del sector privado en los esquemas de protección financiera a la población contra riesgos de enfermedades.

En cuanto a la protección contra riesgos sanitarios, se considera indispensable que la función de fomento, regulación y control sanitario se unifiquen en un solo órgano que es la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Lo anterior, con la finalidad de asegurar una política sanitaria homogénea y dar certeza al particular sobre que instancia es la que tiene las atribuciones para llevar a cabo actos de autoridad.



Se considera necesario que la Secretaría de Salud desarrolle un área especializada en la evaluación del desempeño y transparencia de la información en salud, en el contexto de la evaluación presupuestal y la Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Finalmente, la tutela del Derecho a la Protección de la Salud significa además de garantizar el acceso a los servicios, cuidar los derechos de los usuarios. En este sentido, independientemente de las vías jurisdiccionales existentes, se creó desde 1996 la Comisión Nacional para el Arbitraje Médico, instancia encargada de solucionar los conflictos de interés, por medio de la amigable composición o arbitraje que se susciten entre los prestadores de los servicios y sus usuarios.

Cabe mencionar que la CONAMED, es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, por lo que se considera que su evolución será la constitución de una entidad pública descentralizada que guarde autonomía respecto a la reguladora de los servicios que en este caso es la Secretaría citada. Lo anterior, con la finalidad de asegurar la imparcialidad en los dictámenes y garantizar el ejercicio de los derechos tanto de los usuarios como del personal de la salud.

En este contexto, se vislumbra la posibilidad de implementar un sistema de certificación de calidad, la obtención del certificado será un requisito para formar parte, tanto de la red pública de servicios de salud, como de la red privada que integran las Instituciones Especializadas en Salud. La instancia certificadora seguirá siendo el Consejo de Salubridad General, con la salvedad de que el establecimiento hospitalario que pretenda ser certificado, deberá demostrar que en un periodo razonable previo a su certificación, ningún miembro de su personal médico fue condenado por mala praxis en las vías jurisdiccionales o haya tenido algún laudo condenatorio en la CONAMED. Además se les deberá practicar una auditoría médico – legal de su funcionamiento, incluirá la revisión de la infraestructura, capacidad administrativa y médica de operación, formación de recursos humanos del personal médico, constitución y funcionamiento de los comités de ética, bioseguridad, investigación y trasplantes, según sea el caso, e integración, manejo y resguardo de los expedientes clínicos.

## 5.2 Financiamiento

En materia de salud existen barreras que impiden la utilización racional de los servicios de salud, por lo que es necesario que el marco jurídico promueva el óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada y una mayor interacción entre instituciones y entidades para la oferta de servicios a la población vulnerable.

El cumplimiento de la finalidad de una norma depende en gran medida de los recursos económicos disponibles, así como de la eficiencia y transparencia en su aplicación, ya que para garantizar el ejercicio de un derecho se requiere que el Estado cuente con los medios materiales para hacerlo cumplir.

La toma de decisiones en materia de salud no se concentrará únicamente en los órganos centrales, sino que en la formulación de las políticas públicas que permitan la construcción de un marco normativo, intervendrán diversos órganos e instancias.

Los reclamos de la comunidad han variado y la legislación no puede quedar al margen del cambio acelerado que se presenta en nuestra sociedad. Nos enfrentamos a nuevos retos en la materia como consecuencia de los avances científicos y tecnológicos, por lo que habrá que diseñar estrategias innovadoras, que se vean reflejadas en el marco jurídico.

En este contexto, de acuerdo con Gonzalo Moctezuma<sup>149</sup>, se deberá usar la creatividad para continuar con la construcción de la estructura del Sistema Nacional de Salud que la sociedad reclama, la cual debe responder a las necesidades concretas y tangibles de nuestra población, produciéndose entonces un derecho positivo coincidente con la moral interna de los mexicanos.

En este ejercicio es esencial la participación, no sólo de los profesionales del derecho y de la medicina, sino de un equipo multidisciplinario de expertos en el ámbito de la salud que aporten información confiable, conocimiento especializado y experiencia, a fin de lograr, en el diseño normativo del derecho a

---

<sup>149</sup> Moctezuma Barragán, Gonzalo, op. cit. p. 229.

la salud, un balance entre la teoría, la metodología, la tecnología y la realidad social.

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se reconoce que las desigualdades en la distribución de los recursos para la salud entre instituciones, grupos de población, niveles de atención y estados exigen la revisión de los criterios y mecanismos para distribuir los recursos públicos, así como del análisis de alternativas presupuestales que garanticen una mejor correspondencia entre recursos y necesidades de salud.

Por lo anterior, se ha vislumbrado un mecanismo de participación privada-pública en el financiamiento de los servicios de salud. En este sentido, siguiendo las ideas de David Chinitz<sup>150</sup> a través de la intervención del Estado por medio de la regulación se podrá subsanar algunas deficiencias del mercado también llamadas fallas del mercado, fomentando el equilibrio general entre los proveedores de los servicios de salud y los usuarios de los mismos.

La regulación se dará en dos ámbitos el federal y el regional, en el primero el Consejo de Salubridad General determinará cuales serán los lineamientos que regirán el financiamiento de la inversión y operación en el Sistema Nacional de Salud; por su parte, las autoridades sanitarias de las entidades federativas establecerán de acuerdo con las características regionales de mortalidad, morbilidad, saneamiento básico, infraestructura, densidad y edad poblacional, cual será la política pública aplicable teniendo como referencia la política federal.

Robert Cooter y Thomas Ulen<sup>151</sup> han establecido cuatro fuentes de fallas del mercado: i) monopolio y poder de mercado; ii) externalidades; iii) bienes públicos y iv) asimetrías severas de la información.

El monopolio se constituye por la colusión entre empresas o proveedores de insumos y servicios para la salud, así como de un monopsonio que se refiere a que en el mercado existe un sólo comprador y demandante de los productos y servicios que ofrecen los proveedores. En la propuesta de organización, se

---

<sup>150</sup> Chinitz, David, "Good and bad health sector regulation: an overview of the public policy dilemmas", en *Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems*, Open University Press, European Observatory on Health Care Systems series, Reino Unido, 2002, pp. 56-72.

<sup>151</sup> Cooter, Robert y Thomas Ulen, *Derecho y Economía*, FCE, México 1998, pp. 60-66. El apartado respectivo a fallas de mercado se tomó como base la obra que se cita.

vislumbra un financiador de los servicios de salud para población no asegurada considerando el marco jurídico general que prohíbe la existencia de monopolios en el país<sup>152</sup>.

El ente que financie la salud será descentralizado, responderá a las políticas públicas expedidas por la Federación y se adecuará a las necesidades específicas de cada entidad federativa. Las políticas de financiamiento serán expedidas por el Consejo de Salubridad General escuchando la opinión de la Secretaría de Salud.

En este contexto, el Consejo de Salubridad General, elaborará la lista de servicios esenciales para la salud, los cuales incluirán especialidades médicas, insumos y tecnologías, así como tratamientos médicos.

Por otra parte, la organización de los universos de usuarios y de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, en cuanto a sus necesidades de insumos, permitirá administrar los recursos económicos del Estado bajo los principios establecidos en el artículo 134 constitucional, asegurando las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento y oportunidad.

La segunda falla de mercado denominada "externalidades" consiste en que los beneficios de un intercambio económico pueden afectar a individuos distintos de quienes participaron explícitamente en él, además, los costos del intercambio también pueden afectar a otras partes.

Bajo esta fuente de falla de mercado, el Estado tendría la justificación de financiar el Sistema de Salud bajo el pago de impuestos, por el costo indirecto que tiene la operación del sector primario y secundario en la salud de las personas, así como la repercusión que tiene en la producción las incapacidades laborales y disminución de la productividad por razones de enfermedad.

No obstante, en lugar de aumentar la carga fiscal a los particulares, se considera prudente fortalecer las políticas públicas de protección contra riesgos sanitarios con la finalidad de reducir la diferencia entre el costo marginal privado y

---

<sup>152</sup> Cfr. la Ley Federal de Competencia Económica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 1992.

el costo marginal social<sup>153</sup>, o en su caso, propiciar la participación social de las empresas para que destinen recursos fiscalmente deducibles al Sistema Nacional de Salud.

La tercer fuente de falla del mercado es el “Bien Público”, el cual de acuerdo a Cooter y Ulen tiene las características siguientes:

- Consumo no rival: el consumo de un bien público por parte de una persona no deja menos que cualquier otro consumidor.
- La imposibilidad de exclusión: los costos de la exclusión de los beneficiarios que consuman el bien sin pagar son tan elevados que ninguna empresa privada maximizadora de su beneficio está dispuesta a proveer el bien.

Para subsanar el primer punto el Estado alentará una política de inversión a largo plazo a través de esquemas de financiamiento por medio de estímulos fiscales y la organización de la demanda de los servicios de salud, asegurando al inversionista el mínimo de ingreso para obtener beneficio de su inversión.

En este sentido, es necesario que la Secretaría de Salud, en el marco de la descentralización de los servicios de salud, realice un diagnóstico acerca de los riesgos y daños específicos que enfrenta la población; la pirámide poblacional de cada entidad federativa; la ubicación de grupos vulnerables, y el análisis de la estructura y funciones del Sistema Nacional de Salud.

Además, se deberá promover la alineación de los sistemas organizacionales de las distintas instituciones que integran al Sistema Nacional de Salud, es decir, definir políticas homogéneas en cuanto a la formación, capacitación y supervisión de los recursos humanos; inversión y utilización de recursos tecnológicos; diseño organizacional básico de los servicios de atención médica; inversión y mantenimiento de la infraestructura, así como sistemas de administración de recursos financieros. Lo anterior, con la finalidad de promover la integración de un sistema de servicios de salud flexible que permita responder de forma organizada a las necesidades específicas de cada región, observando en todo momento la política sanitaria federal.

---

<sup>153</sup> Es la suma del costo marginal privado y los costos marginales adicionales que se imponen involuntariamente a terceros.

Cabe mencionar, que en el marco del Derecho a la Protección de la Salud y la rectoría del Estado, la regionalización de la prestación de los servicios de salud, así como de las políticas públicas permitirá consolidar la descentralización de los servicios en el ámbito administrativo, político y jurídico, además promoverá el fortalecimiento del sistema de referencia y contrareferencia de los usuarios, y propiciará la disminución de los costos en los que incurre la población para acceder a los centros nacionales donde existe atención médica de tercer nivel.

Para lograr lo expuesto, es de vital importancia la participación del sector privado en la inversión de infraestructura en materia de salud. En este sentido, se propone el desarrollo de una modalidad de inversión en proyectos para la prestación de servicios públicos de impacto social, a través de la contratación de servicios de largo plazo entre una dependencia o entidad del sector público federal o estatal y un inversionista proveedor de los servicios. Esto permitirá el diseño, construcción, financiamiento y operación de unidades hospitalarias, *ad hoc* en las distintas regiones del país.

El esquema de inversión propuesto, promoverá a través de la participación de recursos públicos, el financiamiento de proyectos que no necesariamente son rentables desde el punto de vista privado, pero que impulsan el desarrollo social del país.

En el modelo se deberá prever la forma de distribuir en el mediano y largo plazo, el impacto en las finanzas públicas de ese tipo de inversiones. Asimismo el gobierno, a través de la rectoría, deberá establecer las prioridades y las especificaciones de los servicios de salud. Por su parte, el inversionista privado coadyuvará con el diseño, parte del financiamiento, construcción, aseguramiento y operación de las unidades de atención médica, asimismo se fomentará la transparencia en la asignación y ejercicio de los recursos financieros públicos.

En este contexto, el gobierno federal y estatal financiarán junto con los inversionistas privados el costo del diseño, construcción, equipamiento y operación de las unidades de atención médica. Se establecerá padrones de derechohabientes y beneficiados de los distintos regímenes de seguridad social y

programas federales y estatales de protección social en salud; se elaborará un esquema de pago a proveedores, así como una cámara de compensaciones entre las instituciones que brinden los servicios, ésta será administrada por la institución pública que financie el Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, el Estado organizará la demanda de la prestación de los servicios, a través de la reorganización de los universos de usuarios y su identificación, asegurando la demanda mínima que permita al inversionista lograr el equilibrio general en la prestación de los servicios de salud.

Se utilizará la infraestructura existente por medio de esquemas de subrogación de servicios y facturación cruzada por medio de la cámara de compensación.

Los recursos financieros públicos asegurarán su disponibilidad presupuestal en la medida en que se constituyan las aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud, así como los fondos para la protección contra Gastos Catastróficos a los que hace referencia la Ley General de Salud en el Título Tercero Bis.

Por otra parte, el Gobierno deberá establecer impuestos especiales destinados a programas de salud, es decir, se aplicará una tasa a la venta de tabaco y alcohol, lo que se recaude por este concepto se asignará a la prevención y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el consumo de esas sustancias.

Además, desde el punto de vista jurídico, no existe inconveniente alguno para que en nuestra Norma Fundamental se establezcan cuotas mínimas de presupuesto asignadas a los diversos ramos generales de gasto social, entre los que se encuentra el ramo de salud, haciendo posible el control de constitucionalidad del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación.

El segundo punto de esta falla de mercado, concerniente a la imposibilidad de exclusión, conllevará a que el Consejo de Salubridad General con la cooperación de las instituciones de seguridad social del país, conforme un padrón de usuarios para determinar la derechohabencia de cada institución, incluyendo los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y de las Instituciones

Especializadas en Salud, propiciando así la identificación de las personas que utilicen los servicios de salud financiados.

Con lo anterior, se promoverá la optimización de la infraestructura y recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, disminuyendo la duplicidad de esfuerzos y alentando la subrogación de servicios, así como la facturación cruzada de los mismos.

La última fuente de falla de mercado es la asimetría de la información, la cual dependiendo su grado puede impedir el intercambio económico. Al respecto la Secretaría de Salud deberá difundir la información del Sistema Nacional de Información de Salud que incluye indicadores de salud pública, así como las disposiciones normativas de los servicios de salud, en específico aquellas relacionadas con la atención médica, y los derechos y obligaciones de los pacientes y del personal de la salud.

La rectoría del Estado para garantizar el Derecho a la Protección de la Salud, a través de los esquemas de regulación y modelos de financiamiento expuestos, permitirá mejoras potenciales en términos de Pareto<sup>154</sup> al Sistema Nacional de Salud, es decir, a través del teorema de eficiencia y la justicia distributiva<sup>155</sup> (JD) se podrá llegar a la equidad y universalidad del sistema de salud, representada en la siguiente ecuación<sup>156</sup>:

#### GASTO EN SALUD

$$\begin{array}{lcl} \text{INGRESO} & = & \text{EGRESOS} \\ \\ 1. \quad \text{RF} + \text{PS} + \text{GB} + \text{PIES} & = & (\text{P} \cdot \text{Q}) = (\text{W} \cdot \text{S}) \\ 2. \quad \text{RF} + \text{EF} + \text{PSe} + \text{PSf} + \text{IPS} & = & \text{Upis} = \text{JD} = \text{DS} \end{array}$$

RF= Recursos Fiscales.

P= Costos por servicios.

<sup>154</sup> Cooter y Ulen también la denominan "Eficiencia de Kaldor-Hicks".

<sup>155</sup> Para conceptualizar la Justicia Distributiva se consideró los principios expresados por John Rawls en *Teoría de la Justicia*, FCE, México, 2002; primer principio: *Cada persona ha de tener un derecho igual al esquema más extenso de libertades básicas que sea compatible con un esquema semejantes de libertades para los demás*, segundo principio: *Las desigualdades sociales y económicas habrán de ser conformadas de modo tal que a la vez que: a) se espere razonablemente que sean ventajosas para todos, b) se vinculen a empleos y cargos asequibles para todos.*

<sup>156</sup> Cfr. Robert G. Evans "Financing health care: taxation and the alternatives", en: *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, European Observatory on Health Care Systems series, Reino Unido, 2002, pp.31-58.



PS= Presupuesto destinado a salud.	Q= Cantidad de servicios.
GB= Gastos de bolsillo.	W= Gastos de operación del proveedor por servicio.
PIES= Primas de seguros.	S= Cantidad de servicios.
EF= Estímulos Fiscales.	Upis = Unidad de prestación de servicios de impacto social.
PSe= Presupuesto destinado a salud por las Entidades Federativas.	JD= Justicia Distributiva.
PSf= Presupuesto destinado a salud por la Federación.	DS= Desarrollo Social.

La expresión lógica empleada expresa lo que Elias Mossialos y Anna Dixon<sup>157</sup>, llaman "Triángulo del Sistema de Salud"; para estos autores, el financiamiento del sistema no es más que el intercambio o transferencia de recursos y servicios entre los prestadores de los servicios de salud a los usuarios; los usuarios o la institución financiera pública transfieren recursos financieros a los prestadores de los servicios, por medio del pago directo en el primer caso y del financiamiento público en el segundo.

La innovación del esquema propuesto es el factor de inversión privada en salud (IPS) y el presupuesto destinado a la función salud, no sólo a escala federal (PSf) sino que también el que las Entidades Federativas, en un ejercicio de federalismo cooperativo destinan a la salud (Pse) Cabe mencionar que los recursos presupuestales asignados por los estados no esta dirigido solamente a los servicios de atención médica, incluyen servicios de desarrollo social como el saneamiento básico, y deben ser de carácter irreductible y progresivo.

Por su parte, las unidades de prestación de servicios de impacto social (Upis) se constituirán en la conjunción de la inversión público-privado para impulsar el desarrollo nacional bajo las directrices que constituyen la rectoría del Estado, tutelando el Derecho a la Protección de la Salud.

<sup>157</sup> Mossialos Elias y Anna Dixon, "Funding health care: an introduction", Funding health care: options for Europe, Open University Press, European Observatory on Health Care Systems series, Reino Unido 2002, pp. 1-30.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.** La salud es un derecho fundamental del ser humano, correlacionado con otros derechos sustanciales como lo son: la vida, la libertad, la igualdad, la educación, la reproducción, la vivienda, el vestido, la intimidad, la información y el trabajo; el Estado reconoció el Derecho a la Salud, a través de su inclusión en el artículo cuarto constitucional como Derecho a la Protección de la Salud.

**SEGUNDA.** Al reconocer el Derecho a la Salud como un derecho positivo, se le ha otorgado el carácter de garantía individual, no obstante que tradicionalmente se le ha considerado como una norma programática o un mandato de optimización, no vinculante, al no establecer una conducta concreta, sino la obligación de cumplir un cierto fin, en la medida que el desarrollo social y económico lo permitieran.

Sin embargo, la acción pública puede ser revisada a través del juicio de amparo, lo que tiene como consecuencia que el Derecho a la Protección de la Salud sea un derecho accionable, considerado como un derecho social que se integra al universo de las garantías individuales, mismas que se encuentran contenidas en los derechos sustanciales del hombre, y por lo tanto, el Derecho a la Protección de la Salud es susceptible de ser tutelado a través de un sistema jurisdiccional por ser un derecho subjetivo público, vinculante y definitivo.

**TERCERA.** Si se pretende tomar en serio al Derecho a la Protección de la Salud como una garantía individual y un derecho sustancial del ser humano, es conveniente que desde las perspectivas jurídica y política se construyan disposiciones normativas y políticas públicas que impulsen el desarrollo del Sistema Nacional de Salud para que satisfaga las necesidades básicas de salud de las personas y garantice su protección.

**CUARTA.** El Derecho a la Protección de la Salud se encuentra integrado por los elementos: de corresponsabilidad, en virtud de que el Estado, la sociedad y el individuo están obligados a la promoción, protección y financiamiento; de sustancialidad, por que es inherente a todo ser humano, busca otorgar igualdad de oportunidades al individuo y equidad a grupos sociales para el desarrollo y bienestar social; asimismo se fundamenta en el federalismo, debido a que la distribución de competencias entre la Federación y las Entidades Federativas se encuentra establecida en un principio bivalente, por una parte se sustenta en la regla general del federalismo dual, contenida en el artículo 124 constitucional y, por la otra, al suscribir acuerdos de coordinación, establecidos en el artículo 116, fracción VII de la Constitución y en la Ley General de Salud, hace posible la participación entre distintos niveles de gobierno, a través del federalismo cooperativo.

**QUINTA.** Históricamente, la salud ha sido una materia de la competencia de las autoridades locales; sin embargo, debido al proceso de consolidación del Estado Mexicano, a pesar de que éste es de carácter federal, la organización política y la toma de decisiones fue por largo tiempo de corte centralista. Como consecuencia de la transición democrática originada a finales de la década de los sesenta, el *locus* del poder se ha ido trasladando hacia la periferia. El Gobierno Federal implementó un sistema de planeación y a la par, impulsó políticas públicas encaminadas a la descentralización.

**SEXTA.** La descentralización es una estrategia de gobierno que permite devolver a los integrantes de la Federación, aquellas materias cuya competencia les era originaria o, en su caso, debido al desarrollo social, económico y político del Estado, es factible que las Entidades Federativas participen en materias que en un primer momento eran competencia exclusiva de la Federación.

Un elemento a destacar en el proceso de descentralización es la participación social, en virtud de que debido a la falta de legitimación de la autoridad, desde una perspectiva política, es necesario que esa estrategia se

lleve a la sociedad civil, procurando la gobernanza del Estado y optimizando el ejercicio de los recursos públicos.

Para lograr lo anterior, es necesario que la autoridad federal se fortalezca, además de la existencia previa de un nivel mínimo de desarrollo económico en las Entidades Federativas para que los gobiernos locales puedan asumir las responsabilidades implícitas del proceso de descentralización.

**SÉPTIMA.** Es fundamental establecer reglas claras en la distribución de competencia, debido a que en ocasiones los acuerdos de coordinación suscritos por la Federación y las Entidades Federativas son ambiguos, favoreciendo los excesos de la autoridad sobre los particulares, vulnerando la garantía de seguridad jurídica y legalidad. Asimismo, la esfera de competencia federal se ve vulnerada por disposiciones generales o actos de los gobiernos locales y municipales, obligando a la autoridad federal a promover controversias constitucionales, con la finalidad de salvaguardar su jurisdicción.

**OCTAVA.** Es de suma importancia, el establecimiento de un marco jurídico que contenga reglas claras, para la rectoría; el financiamiento; la fiscalización de los recursos; la rendición de cuentas, y la evaluación del desempeño. Además de integrar principios rectores que dirijan la acción pública de los distintos órdenes de gobierno y directrices que permitan a los agentes sociales definir una postura en la construcción de las políticas públicas en el ámbito de la salud, además de orientar su participación en el cuidado de su salud.

**NOVENA.** Es necesario realizar una revisión de la legislación en salud y administrativa, tanto a nivel federal como estatal, debido a que hoy en día encontramos antinomias y lagunas en la normatividad, así como asimetrías en la organización de estructuras gubernamentales y en la participación del financiamiento.

**DÉCIMA.** Es conveniente establecer la fórmula de asignación presupuestal en una disposición legislativa y no en un reglamento; asimismo se recomienda fijar en la ley el porcentaje mínimo del Producto Interno Bruto que se vaya a destinar a la salud, como es el caso de las materias de educación y, de ciencia y tecnología.

**DÉCIMA PRIMERA.** Se considera conveniente que el Derecho a la Protección de la Salud evolucione, amplíe su contenido a las nuevas disciplinas científicas y humanísticas que tienen incidencia en la salud pública e individual de la persona; contemple disposiciones que establezcan la correlación derecho-deber del Estado, la sociedad y las personas en la promoción, protección, preservación y financiamiento de la salud; otorgue un marco jurídico definido al Consejo Nacional de Salud y dé autonomía al Consejo de Salubridad General, así como a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; fortalezca al Estado como rector en la materia, a través de su función regulatoria, sin que ello vaya en detrimento de la actividad empresarial, y por último que establezca reglas precisas para preservar los derechos y obligaciones del personal de la salud, así como de los usuarios de los servicios de atención médica y regule la responsabilidad patrimonial del Estado.

## BIBLIOGRAFÍA

Acosta Romero, Miguel, Derecho Administrativo Especial, Porrúa, Tomo II, México, 1999.

Acosta Romero, Miguel, Teoría General del Derecho Administrativo, Porrúa, México, 1995.

Aguilar Villanueva, Luis F. La Hechura de las Políticas, Miguel Ángel Porrúa, 2ª edición, México, 1996.

Aguinaco Alemán, Vicente; Sergio S. Aguirre Anguiano, et. al., La Suprema Corte de Justicia y el Derecho a la Vida, Sentencia sobre el aborto, Instituto Nacional de Ciencias Penales, México 2002.

Alexy, Robert, "Derechos Sociales Fundamentales", en: Derechos Sociales y Derechos de las Minorías, UNAM - Porrúa, México, 2001.

Alexy, Robert, Derecho y Razón Práctica, Fontamara, México 2002.

Atienza, Manuel, "La Juridificación de la Ciencia", en: Bioética y Derecho. Fundamentos y Problemas Actuales, Vázquez, Rodolfo (comp.), FCE, México, 1999.

Bardach, Eugene, Ocho Pasos para el Análisis de las Políticas Públicas, CIDE - Miguel Ángel Porrúa, México, 1988.

Bosch García Carlos, La Técnica de la Investigación Documental, Trillas, México, 1996.

Burgoa, Ignacio, Las garantías Individuales, Porrúa, México, 1997.

Cabrero Mendoza, Enrique (coord.), Las Políticas Descentralizadoras en México (1983-1993), Logros y desencantos, CIDE - Miguel Ángel Porrúa, México, 1988.

Cabrero, Enrique y José Mejía Lira, Marco Teórico Metodológico para el Estudio de Políticas Descentralizadoras en México, CIDE - Miguel Ángel Porrúa, México, 1992.

Carbonell, Miguel; y Pedroza de la Llave, Susana Talía, Elementos de Técnica Legislativa, UNAM, México, 2000.

Carpizo, Jorge, La Constitución Mexicana de 1917, 4ª ed., UNAM, México, 1980.

Casas, Juan Antonio, "Gobernabilidad, Salud y Reformas, Hacia el Desarrollo Humano y la Salud con Equidad", en: Gobernabilidad y Salud, Políticas Públicas y Participación Social, OPS, EUA, 1999.

Chinitz, David, "Good and Bad Health Sector Regulation: An Overview of the Public Policy Dilemmas", en: Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems, Open University Press, European Observatory on Health Care Systems series, Reino Unido, 2002.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, UNAM - PJJ, Tomo I y II, México, 1997.

Contandriopoulos, André-Pierre, "Values, Norms and the Reform of Health Care Systems", en: Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Open University Press, State of Health series, World Health Organization, E.U.A., 1998.

Cooter, Robert y Thomas Ulen, Derecho y Economía, FCE, México, 1998.

Cossío Díaz, José Ramón, Régimen Autoritario y Dogmático Constitucional, ITAM – Porrúa, México, 2001.

Cruz Parcero, Juan Antonio, "Los Derechos Sociales como Técnica de Protección", en: Derechos Sociales y Derechos de las Minorías, UNAM - Porrúa, México, 2001.

Cuadernos del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derechos Humanos, UNAM, México, 1994.

De Cervantes, Javier, La Tradición Jurídica de Occidente, UNAM, México, 1978.

De Keijzer, Benno, "Participación Popular en Salud, Logros, Retos y Perspectivas", en: Prácticas Populares, Ideología Médica y Participación Social U de G y Ciesas, México, 1992.

De la Madrid, Miguel, La descentralización de los Servicios de Salud: El caso de México, Porrúa, México, 1986.

Descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta. Avances y Perspectivas, SSA, México, 1989.

Díaz y Díaz, Martín; "México en la vía del federalismo cooperativo. Un análisis de los problemas en torno a la distribución de competencias.", en: Homenaje a Fernando Vásquez Pando, Themis, Colección de la Barra Mexicana, México, 2001.

Díaz, Luis Miguel, Instrumentos administrativos fundamentales de organizaciones internacionales, UNAM, Tomo I, México, 1980.

Evans, Robert G. "Financing Health Care: Taxation and the Alternatives", en: Funding Health Care: Options for Europe, Open University Press, European Observatory on Health Care Systems series, Reino Unido, 2002.

Ferrajoli, Luigi, Derecho y Garantías, La Ley del más Débil, 2ª Ed., Trotta, España, 2001.

Ferrajoli, Luigi, Los Fundamentos de los Derechos Fundamentales, Trotta, España, 2001.

Frenk Mora, Julio, La Salud de la Población hacia una Nueva Salud Pública, FCE, México, 1997.

Frenk Mora, Julio, Salud y Derechos Humanos, INSP, México, 1995.

Fuenzalada-Puelma, Hernán L. y Scholle Connor, Susan, El Derecho a la Salud en las Américas; Estudio Constitucional comparado, OPS, Publicación Científica No. 509, EUA, 1989.

Gish, Oscar, The Political Economy of Primary Health Care and Health by the People, an Historical Exploration, Pergamon Press, Soc. Sci. & Med., vol. 13C, Reino Unido, 1979.

González Block, Miguel Ángel y René Leyva, et. al., Health Services Decentralization in Mexico. Formulation, Implementation and Results of Policy, Health and Planning, Oxford University Press, EUA, 1989.

González Oropeza, Manuel, El Federalismo, UNAM, México, 1995.

Habermas, Jürgen. Facticidad y Validez, Trotta, España, 1998.

Hacia el Federalismo de la Salud en México, Consejo Nacional de Salud, México, 1996.

Hamilton, A., J. Madison y J. Jay, El Federalista, FCE, México, 2000.

Hobbsbawn, Erick, Historia del Siglo XX, Crítica, España, 1998.

La Salud en las Américas, OPS, Publicación Científica y Técnica, No. 587, Vol I y II, EUA, 2002.

Lara Ponte, Rodolfo, "Comentario al Artículo 4º Constitucional", en: Derechos del Pueblo Mexicano, México a través de sus Constituciones, CDD – Miguel Ángel Porrúa, México, 1994.

Las Garantías de Igualdad, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Colección Garantías Individuales, número 3, México, 2003.



Las Garantías Individuales, Parte General, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Colección Garantías Individuales, número 1, México, 2003.

Lojendio, Ignacio María de, El Estado Social y sus Cargas. Expectativa Española, Las Experiencias del Proceso Político Constitucional en México y España, UNAM, México, 1979.

López Ruiz, Miguel, Normas Técnicas y de Estilo para el Trabajo Académico, UNAM, México, 1998.

Los Grandes Problemas Jurídicos, Recomendaciones y Propuestas, UNAM - Porrúa, México, 1995.

Moctezuma Barragán, Gonzalo, "Perspectivas de la Legislación de la Salud", en: Los Grandes Problemas Jurídicos. Recomendaciones y Propuestas. Estudios Jurídicos en Memoria de José Francisco Ruiz Massieu, UNAM - Porrúa, México, 1995.

Moctezuma Barragán, Gonzalo, "Técnica Legislativa en el Ámbito de la Salud", en: Propuestas de Reformas Legales e Interpretación de las Normas Existentes, Themis, Barra Mexicana, Colegio de Abogados, Colección Foro de la Barra Mexicana, Tomo II, México, 2002.

Moctezuma Barragán, Gonzalo, Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud. CDDHCU - UNAM, México, 2000.

Moreno Rodríguez, Rodrigo, La Administración Pública Federal en México, UNAM, México, 1980.

Mossialos, Elias; Anna Dixon, et. al., "Funding Health Care: An Introduction", en: Funding Health Care: Options for Europe, Open University Press, European Observatory on Health Care Systems series, Reino Unido, 2002.

Pipitone, Ugo, Tres ensayos sobre desarrollo y frustración, CIDE - Miguel Ángel Porrúa, México, 1997.

Planteamientos Iniciales para la Consolidación del Sistema Nacional de Salud, Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Num. 2, México, 1984.

Prieto Sanchís, Luis, "Los Derechos Sociales y el Principio de Igualdad", en: Derechos Sociales y Derechos de las Minorías, UNAM – Porrúa, México, 2001.

Quiroz Acosta Enrique, Lecciones de Derecho Constitucional, Porrúa, México, 1999.

Rawls, John, Teoría de la Justicia, FCE, México, 2002.

Reseña Testimonial 1988-1994, SSA, México, 1994.

Riva Palacio, Vicente, México, a través de los Siglos, Cumbre, Tomo V, México, 1958.

Rodríguez, Victoria E., La Descentralización en México, de la Reforma Municipal a Solidaridad y el Nuevo Federalismo, FCE, México, 1994.

Ruiz de Chávez, Manuel, Descentralización de los Servicios de Salud, Avances y Perspectivas del Proceso, SSA, México, 1988.

Ruiz Massieu, José Francisco, "El Contenido Programático de la Constitución y el Nuevo Derecho a la Protección de la Salud", en: Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, Miguel Ángel Porrúa, 2ª edición, México, 1995.

Ruiz Massieu, José Francisco, "La Descentralización de los Servicios de Salud: Obstáculos y Soluciones", en: La Descentralización de los Servicios de Salud: el Caso de México, Miguel Ángel Porrúa, México, 1986.

Ruiz Massieu, José Francisco, "Relaciones entre el Poder Ejecutivo y el Congreso de la Unión: La Planeación Legislativa", en: Cuestiones de Derecho Político, México y España, UNAM, México, 1993.

Ruiz Massieu, José Francisco, Cuestiones de Derecho Político, México y España, UNAM, México, 1993.

Saltman, Richard B., Josep Figueras, et. al., Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Open University Press, State of Health series, Reino Unido, 2000.

Seminario Salud y Derechos Humanos, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1991.

Sempé Minvielle, Carlos. Técnica Legislativa y Desregulación, Porrúa, 3ª edición, México, 2000.

Sepúlveda Amor, Jaime, La Salud de la Salud en México, FUNSALUD, México, 1994.

Shabbir Cheema y Dennis A. Rondinelli, Decentralization in Developing Countries, Beverly Hills-Sage, E.U.A., 1983.

Sistema Nacional de Salud, Secretaría de Salud, México, 1990.

Soberanes Fernández, José Luis, Historia del Derecho Mexicano, Porrúa, México, 1995.

Soberón Acevedo Guillermo; Julio Frenk Mora, et. al., Salud, La sociedad civil frente a los desafíos nacionales, FUNSALUD, México, 1995.

Soberón Acevedo, Guillermo y et. al., La Salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del Cambio Estructural, FCE-SSA, México, 1988.

Soberón Acevedo, Guillermo y Ruiz, Leobardo, Hacia una Sistema Nacional de Salud, UNAM, México, 1983.

Tena Ramírez, Felipe, Derecho Constitucional Mexicano, Porrúa, México, 1985.

Valadés Ríos, Diego, "El Derecho a la Protección de la Salud y el Federalismo", en: Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, Miguel Ángel Porrúa, 2ª edición, México, 1995.

Vázquez Nava, María Elena (comp.), Participación Ciudadana y Control Social, Miguel Ángel Porrúa, México, 1994.

Vázquez Rodolfo (comp.), Bioética y derecho Fundamentos y problemas actuales, FCE, México, 1999.

Zagrebelsky, Gustavo, El derecho dúctil, Ley, derechos, justicia, Trotta, 4ª edición, España, 2002.

## HEMEROGRAFÍA

### *Documentos de Trabajo*

Abrantes Pego, Raquel, Las estrategias de acción colectiva en el sector salud mexicano a partir de la crisis económica de 1982. Una primera aproximación, CIDE, México, 1995.

Cardozo Brum, Myriam, Diagnóstico sobre la Formación Administrativa del Personal Directivo para la Descentralización en Salud, CIDE, DAP, No. 27, México, 1995.

Flamand Gómez, Laura, Las Perspectivas del Nuevo Federalismo: El Sector Salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí, CIDE, Num. 55, México, 1997.

Mayer, David, Humberto Mora y Rodolfo Cermerño, Salud y crecimiento: un estudio para bases de datos de Brasil, Colombia, México y Latinoamérica, CIDE, México 1999.

Mayer, David, Impactos recíprocos entre salud y crecimiento en México, CIDE, México 1998.

Mayer-Foulkes, David, La salud en la transición económica y demográfica de Brasil, 1980-1995, CIDE, México 1999.

Redorta Zúñiga, Esthela, Reestructuración de los servicios de salud: cambio de la mezcla público-privada, CIDE, México 1993.

### ***Revistas y publicaciones periódicas***

Camposeco Cadena, Miguel Ángel, "Técnica Legislativa", Revista Crónica Legislativa No 15 del 1º de julio al 28 de agosto de 2000, México.

Collins, Charles y Andrew Green, Decentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in Developing Countries, International Journal of Health Services, vol. 24, num. 3, EUA, 1994.

Diario de Debates de la Legislatura LI (1979-1982)

Diario de Debates de la Legislatura LII (1982-1985)

Furniss, Norman, "The Practical Significance of Decentralization", en: The Journal of Politics, num. 37, EUA, 1974.

Gómez Gordillo, Ismael, "Comentarios Jurídicos y Operativos sobre los Fondos de Aportaciones Federales previstos en el Capítulo V de la Ley de Coordinación Fiscal", en: El Economista Mexicanos; Federalismo Fiscal desde Estados y Municipios, num. 2, México, 1999.

González Block, Miguel Ángel, La Descentralización del Sector Salud en México. Alcances y Limitaciones de los Sistemas Locales de Salud, INSP, num. 34, México, 1992.

López Cervantes, Malaquías, Utilización de los Datos de Mortabilidad para la Planeación de los Servicios de Salud: el Caso de México, INSP, vol. 27, núm. 2, México, 1985.

Rondinelli, Dennis A., Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice in Developing Countries, International Review of Administrative Sciences, vol. XLVII. Núm. 2., E.U.A., 1981.

### ***Diccionarios***

Diccionario de la Lengua Española, RAE, Espasa-Calpe, 20 ed., Madrid 1984.

Diccionario Jurídico Mexicano, IIJ, 2° ed., Porrúa, México 2000.

## **LEGISLACIÓN HISTÓRICA**

Constitución de los Estados Unidos Mexicanos (1824)

Leyes Constitucionales (1836)

Bases Orgánicas de la República Mexicana (1843)

Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos (1857)

Leyes de Nacionalización de Bienes Eclesiásticos (1859)

Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República (1934)

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (1977)

Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2001

Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2002

Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2003

## **LEGISLACIÓN VIGENTE**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley de Coordinación Fiscal

Ley de Planeación

Ley del Seguro Social

Ley Federal de Presupuesto y Gasto Público

Ley General de Salud

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental

Ley Federal de Competencia Económica

Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2004

**DECRETOS PRESIDENCIALES, ACUERDOS SECRETARIALES,  
INSTRUMENTOS PROGRAMÁTICOS Y ACUERDOS DE COORDINACIÓN**

Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 (DOF 31-V-83)

Programa Nacional de Salud 1984-1988 (DOF 23-VIII-84)

Programa Nacional de Salud 1995-2000 (DOF 11-III-96)

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (DOF 20-V-01)

Programa Nacional de Salud 2001-2006 (DOF 5/VII/01)

Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios. (DOF 5-VII-01)

Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el programa de descentralización de los Servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. (DOF 30-VIII-83)

Decreto por el que se descentralizan a los Gobiernos Estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los Estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por participación Comunitaria denominado "IMSS-COPLAMAR", proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social. (DOF 8-III-84)

Convenio Único de Desarrollo que suscriben el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Jalisco. (DOF 17-VII-1984)

Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Aguascalientes, con el propósito de establecer las bases para la

elaboración y ejecución del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud. (DOF 6-XII-84)

Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las Secretarías que se indican, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Aguascalientes. (DOF 17-1-89)

Acuerdo que establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud. (DOF 27-I-95)

Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud (DOF 25-IX-96)

Acuerdo de coordinación que celebran la Secretaría de Salud, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, y el Estado de Aguascalientes, 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, para la descentralización integral de los servicios de salud en la entidad. (DOF 30-VII-97)

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del sistema nacional de salud, deberán comprar medicamentos genéricos intercambiables. (DOF 7-VI-02)

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumo. (DOF 24-XII-02)

## **TESIS Y JURISPRUDENCIA**

Novena Época, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Marzo de 200, Tesis XIX/2000, p. 112, Rubro: "SALUD, EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTÍA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTÍCULO 4º CONSTITUCIONAL, COMPRENDE LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y SU SUMINISTRO POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS."

Novena Época, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Tomo II, Diciembre de 1995, Tesis: VI.2o.37P, p. 574, Rubro: "SALUD, DERECHO A LA. LA AUTORIDAD DEL RAMO NO PUEDE NEGARSE A PROPORCIONAR TRATAMIENTO A UN PROCESADO."

Octava Época, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Tomo: VI, Segunda Parte, Julio a Diciembre de 1990, p. 645, Rubro: "REVISIÓN, IMPORTANCIA Y TRASCENDENCIA DEL ASUNTO EN EL RECURSO DE, INTERPUESTO POR LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ENCARGADA DE LA DEFENSA DE LA SECRETARÍA DE SALUD EN QUE SE CONTROVIERTE LA RESPONSABILIDAD DE UN MÉDICO."

Octava Época, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Tomo: 57, Septiembre de 1992, Tesis Jurisprudencial I.2o.P. J/44, Rubro: "SALUD, DERECHO A LA. TRANSGREDE EL, CUANDO NO SE ORDENA EL TRATAMIENTO SOBRE LA ADICCIÓN DE UN SENTENCIADO TOXICOMANO."

Quinta Época, *Semanario Judicial de la Federación*, Tomo XXXII, p. 411, Pleno, Rubro: "SALUBRIDAD GENERAL DE LA REPÚBLICA."