

## CAPÍTULO TERCERO

### ESTRUCTURAS ADMINISTRATIVAS “EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”

#### I. LA ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Como destacamos, también podemos advertir otras bases constitucionales para generar estructuras administrativas, tomando en consideración que el artículo 90 de la CPEUM alude a una administración pública “centralizada” y “paraestatal”, que constituyen los órganos de apoyo del presidente de la República.

Las formas más conocidas son: la centralización, la desconcentración y la descentralización. Cada una de ellas posee características específicas para lograr las metas y objetivos que se relacionan con los fines públicos. Esa estructura constituye la materia prima, por así decirlo, en torno a la cual actúan los procesos de fiscalización interna y externa.

##### 1. *Centralización*

La centralización administrativa es una manera de estructurar a los órganos que integran la función pública, de manera jerarquizada, en la que se depositan en el órgano superior central los poderes jurídicos, económicos y políticos. Se caracteriza por la concentración de las atribuciones y facultades administrativas en un solo ente, al que se subordinan los demás integrantes de la organización. Todas las potestades derivadas de las relaciones entre los entes administrativos los concentra el órgano central y los ejerce el titular de la administración.

Para Jorge Fernández Ruiz, “la centralización se caracteriza por depositar en el titular del máximo órgano administrativo el poder público de decisión, la coacción y la facultad de designar a los agentes de la administración pública”.<sup>162</sup> Por su parte, Andrés Serra Rojas estima que

...se llama centralización administrativa al régimen que establece la subordinación unitaria, coordinada y directa de los órganos administrativos al poder central, bajo los diferentes puntos de vista del nombramiento, ejercicio de sus funciones y la tutela jurídica para satisfacer las necesidades públicas.<sup>163</sup>

La centralización se puede realizar a través de la concentración del poder coactivo, de los poderes de decisión y de emitir órdenes, de la competencia técnica o de las atribuciones de nombramiento. Además, el titular de la administración central ejerce las facultades que involucra esta forma de organización administrativa. Esos poderes son: 1. Los de decisión, que implica orientar la solución de los negocios públicos. 2. El de nombramiento, esto es, designar a los servidores públicos al interior de la administración. 3. De mando, a través del cual emite órdenes obligatorias para sus subalternos. 4. De revisión, que le permite examinar los actos de sus subalternos, corrigiéndolos si es necesario, confirmándolos o anulándolos. 5. De vigilancia, que consiste en el control de la actuación de los servidores públicos subalternos. 6. Disciplinario, que entraña la posibilidad de sancionar el incumplimiento o cumplimiento no satisfactorio por parte del inferior de las tareas asignadas, y 7. De resolución de problemas de competencia, para decidir quién de sus subalternos conoce de determinado asunto o, incluso, para resolverlo él mismo.

Esta forma de organización posee ventajas y desventajas. Así, para Jorge Fernández Ruiz, conduce a la unidad en la ejecución

<sup>162</sup> Fernández Ruiz, Jorge, *Derecho administrativo*, México, McGraw-Hill-Interamericana Editores, 1997, p. 19.

<sup>163</sup> Serra Rojas, Andrés, *Derecho administrativo*, t. I, 14a. ed., México, Porrúa, 1988, p. 509.

de las leyes y en la gestión de los servicios; en su aspecto negativo, se aleja de los administrados y lleva al burocratismo excesivo o al formalismo procesal.<sup>164</sup>

Para atenuar los inconvenientes de la centralización se ha recurrido a la delegación de facultades administrativas, a la desconcentración y a los convenios de coordinación con las entidades federativas.<sup>165</sup>

## 2. *Desconcentración*

La desconcentración administrativa es una forma de diluir el poder y la competencia para el despacho de los negocios públicos. Es una posición ecléctica o intermedia entre las tendencias organizativas extremas de la centralización y la descentralización, que consiste en el traslado parcial de la competencia y el poder decisorio de un órgano superior a uno inferior, conservando la relación de jerarquía entre ambos. Andrés Serra Rojas la caracteriza como la transferencia a un órgano inferior o agente de la administración central, de una competencia exclusiva, o un poder de trámite, de decisión, ejercido por los órganos superiores, disminuyendo, relativamente, la relación de jerarquía y subordinación.<sup>166</sup>

En esta forma de organización administrativa el órgano desconcentrado como regla general carece de personalidad jurídica, puesto que está subordinado al órgano central y cuenta con una parte alícuota de la personalidad de éste. La desconcentración puede ser de carácter técnico, administrativo o por servicios, dependiendo si se crea al órgano desconcentrado para atender una situación de alta complejidad o especialización, para realizar actos de gestión de ciertos asuntos públicos o para prestar determinado servicio público, como agua, alcantarillado, etcétera.

<sup>164</sup> Fernández Ruiz, Jorge, *Derecho administrativo*, cit., p. 19.

<sup>165</sup> Fraga, Gabino, *Derecho administrativo*, cit., p. 195.

<sup>166</sup> Serra Rojas, Andrés, *Derecho administrativo*, t. I, cit., p. 513.

Además, existen otras formas de desconcentración: vertical o por materia, en que el órgano desconcentrado forma parte de la propia organización del órgano central. Horizontal o territorial, en la que el órgano central otorga competencia y poder decisorio a diversos órganos subordinados para que lo ejerzan en determinado espacio geográfico.

### 3. *Descentralización*

En esta clase de organización administrativa existe dependencia, mas no subordinación, del organismo descentralizado hacia el órgano central. La descentralización implica otorgar al órgano descentralizado personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía orgánica y funcional, para ejercer sus tareas de orden administrativo. A esta forma de descentralización se le llama administrativa. También puede haber descentralización política, que entraña la cesión del poder, y económica, en la cual se transfieren al órgano descentralizado facultades de toma de decisiones de carácter financiero.

Entre las formas de descentralización más conocidas se encuentran la administrativa por región y por servicio. En la primera se crea un organismo al que se le encomienda atender los intereses de una comunidad. La segunda consiste en crear un ente con personalidad jurídica y patrimonio propios para atender determinado servicio público, como puede ser alcantarillado, agua potable, transporte, entre otros.

La Ley Federal de Entidades Paraestatales, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de mayo de 1986, establece que las entidades paraestatales son aquellas que con tal carácter determina la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (artículo 2o.), y que corresponde a los titulares de las secretarías de Estado encargados de la coordinación del sector, coordinar la programación y presupuestación, de conformidad, en su caso, con las asignaciones sectoriales de gasto y financiamiento previamente establecidas y autorizadas, conocer la operación y evaluar

los resultados de las entidades paraestatales y las demás atribuciones que les conceda la Ley (artículo 8o.).

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público tiene miembros en los órganos de gobierno y en su caso en los comités técnicos de las entidades paraestatales. También participarán otras dependencias y entidades, en la medida en que tengan relación con el objeto de la entidad paraestatal de que se trate (artículo 9o.)

Los organismos descentralizados son personas jurídicas creadas conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y cuyo objeto sea: I. La realización de actividades correspondientes a las áreas estratégicas o prioritarias; II. La prestación de un servicio público o social, o III. La obtención o aplicación de recursos para fines de asistencia o seguridad social (artículo 14).

## II. ARTÍCULO 90 DE LA CPEUM

La base constitucional de la administración pública en México está contenida en los artículos 90, 91, 92 y 93 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de donde se desprenden los siguientes elementos:

- a) Una administración pública federal centralizada y paraestatal;
- b) La reserva de ley, al destacar que esa estructura se sustentará en la ley orgánica respectiva;
- c) El contenido de la Ley Orgánica es la distribución de los negocios administrativos de la Federación, que están a cargo de las secretarías de Estado, y definir las bases generales de creación de las entidades paraestatales y la intervención del Ejecutivo Federal en su operación;
- d) El principio de reserva de ley en materia de relaciones interinstitucionales, puesto que las leyes deben determinar las relaciones entre las entidades paraestatales y el Ejecutivo Federal, o entre éstas y las secretarías de Estado.

También, en esa base constitucional se delimitan los requisitos para ser secretario del despacho: ser ciudadano mexicano por nacimiento, estar en ejercicio de sus derechos y tener treinta años cumplidos.

Destaca el denominado “refrendo administrativo”, puesto que todos los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del presidente deberán estar firmados por el secretario de Estado a que el asunto corresponda, y sin este requisito no serán obedecidos.

Además, obliga a los secretarios del despacho, cuando se abra el periodo de sesiones ordinarias, a dar cuenta al Congreso del estado que guarden sus respectivos ramos.

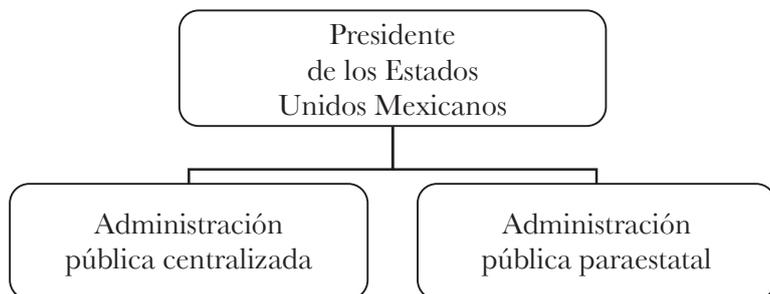
Como parte del control parlamentario sobre la administración, se faculta a cualquiera de las cámaras a convocar a los secretarios de Estado, al procurador general de la República, a los directores y administradores de las entidades paraestatales, así como a los titulares de los órganos autónomos, para que informen bajo protesta de decir verdad, cuando se discuta una ley o se estudie un negocio concerniente a sus respectivos ramos o actividades o para que respondan a interpelaciones o preguntas.

Se otorga a cualquiera de las cámaras, a pedido de una cuarta parte de sus miembros, tratándose de los diputados, y de la mitad, si se trata de los senadores, la facultad de integrar comisiones para investigar el funcionamiento de los organismos descentralizados y empresas de participación estatal mayoritaria. Los resultados de esas investigaciones se harán del conocimiento del Ejecutivo Federal.

Por último, se autoriza a cualquiera de las cámaras a requerir información o documentación a los titulares de las dependencias y entidades del gobierno federal, mediante pregunta por escrito, la cual deberá ser respondida en un término no mayor a quince días naturales a partir de su recepción. Para evitar arbitrariedades se prescribe que el ejercicio de estas atribuciones se realizará de conformidad con la Ley del Congreso y sus reglamentos.

El artículo 90 constitucional establece dos formas en que puede aparecer la administración pública federal: centralizada y

paraestatal. Lo anterior, conforme a la ley orgánica que expida el Congreso. La administración pública se estructura en términos del cuadro siguiente:



### III. LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL

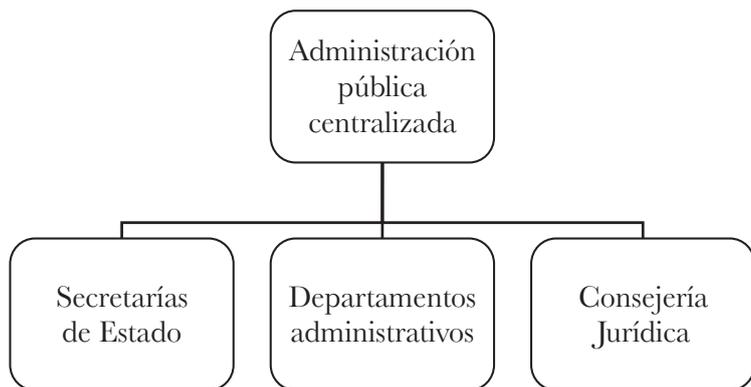
La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) distribuye los negocios del orden administrativo de la Federación que estarán a cargo de las secretarías de Estado y define las bases generales de creación de las entidades paraestatales, así como la intervención del Ejecutivo Federal en su operación. Esta ley fue promulgada por el entonces presidente José López Portillo, y se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 de diciembre de 1976. El texto vigente contiene reformas publicadas hasta 2012.<sup>167</sup>

La LOAPF establece las bases de organización de la administración pública federal, centralizada y paraestatal; destaca que la presidencia de la República, las secretarías de Estado, los departamentos administrativos y la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal integran la administración pública centralizada.

<sup>167</sup> Este trabajo se escribe en los albores del cambio de gobierno en noviembre de 2012, por lo que se mencionan cambios a la LOAPF, aunque parece que no impactarán en el diseño primario, solo en la estructura de algunas dependencias.

Por su parte, los organismos descentralizados, las empresas de participación estatal, las instituciones nacionales de crédito, las organizaciones auxiliares nacionales de crédito, las instituciones nacionales de seguros y de fianzas y los fideicomisos, componen la administración pública paraestatal (artículo 1o.).

Como órganos de apoyo directo del Poder Ejecutivo de la Unión para el ejercicio de sus atribuciones y para el despacho de los negocios del orden administrativo, las dependencias de la administración pública centralizada son: secretarías de Estado, departamentos administrativos y Consejería Jurídica (artículo 2o.).



En lo que se refiere a estructuras auxiliares, el Poder Ejecutivo de la Unión se auxilia de las entidades de la administración pública paraestatal siguientes: organismos descentralizados; empresas de participación estatal, instituciones nacionales de crédito, organizaciones auxiliares nacionales de crédito e instituciones nacionales de seguros y de fianzas, y fideicomisos (artículo 3o.).

El presidente de la República podrá convocar a reuniones de secretarios de Estado, jefes de departamentos administrativos y demás funcionarios competentes, cuando se trate de definir o evaluar la política del gobierno federal en materias que sean de la competencia concurrente de varias dependencias, o entidades

de la administración pública federal. Estas reuniones serán presididas por el titular del Ejecutivo Federal, y el secretariado técnico de las mismas estará adscrito a la presidencia de la República (artículo 7o.).

Las dependencias y entidades de la administración pública centralizada y paraestatal conducirán sus actividades en forma programada, con base en las políticas que para el logro de los objetivos y prioridades de la planeación nacional del desarrollo establezca el Ejecutivo Federal (artículo 9o.).

Las secretarías de Estado y los departamentos administrativos tendrán igual rango, y entre ellos no habrá, por lo tanto, preeminencia alguna (artículo 10).

Destacando el carácter de auxiliares del Poder Ejecutivo se prescribe que los titulares de las secretarías de Estado y de los departamentos administrativos ejercerán las funciones de su competencia por acuerdo del presidente de la República (artículo 11).

Aquí debemos destacar que el secretario de Estado no se limita a ser una simple “auxiliar”. Así, Gabino Fraga, después de analizar el refrendo ministerial, destaca que

Al lado de su carácter político, el Secretario de Estado tiene el carácter de órgano administrativo encargado del despacho de los asuntos de esa índole en la esfera de competencia que le fija la ley; pero no tiene una competencia distinta de la del Presidente de la República. Dentro de la esfera que la ley le señala ejerce sus funciones por acuerdo del propio Presidente.<sup>168</sup>

Cada secretaría de Estado o departamento administrativo formulará, respecto de los asuntos de su competencia, los proyectos de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos, y órdenes del presidente de la República (artículo 12).

Los reglamentos, decretos y acuerdos expedidos por el presidente de la República deberán, para su validez y observancia constitucionales, ir firmados por el secretario de Estado o el jefe

<sup>168</sup> Fraga, Gabino, *Derecho administrativo*, cit., p. 180.

del departamento administrativo respectivo, y cuando se refieran a asuntos de la competencia de dos o más secretarías o departamentos deberán ser refrendados por todos los titulares de los mismos. Tratándose de los decretos promulgatorios de las leyes o decretos expedidos por el Congreso de la Unión, solo se requerirá el refrendo del titular de la Secretaría de Gobernación (artículo 13).

En lo que se refiere a la estructura interna de cada secretaría de Estado, se establece que se integrará por un secretario de Estado; subsecretarios, oficial mayor, directores, subdirectores, jefes y subjefes de departamento, oficina, sección y mesa, y por los demás funcionarios que establezca el reglamento interior respectivo y otras disposiciones legales (artículo 14).

Además, estas secretarías pueden representar al presidente de la República en los juicios de amparo, y los recursos administrativos que se promuevan contra actos de los secretarios de Estado serán resueltos dentro del ámbito de su secretaría en los términos de los ordenamientos legales aplicables.

A los titulares de las secretarías de Estado y departamentos administrativos les corresponde originalmente el trámite y resolución de los asuntos de su competencia, pero para la mejor organización del trabajo podrán delegar en los funcionarios a que se refieren los artículos 14 y 15, cualesquiera de sus facultades, excepto aquellas que por disposición de ley o del reglamento interior respectivo deban ser ejercidas precisamente por dichos titulares (artículo 16).

Además, tienen facultades para adscribir orgánicamente las unidades administrativas establecidas en el reglamento interior respectivo, a las subsecretarías, Oficialía Mayor, y a las otras unidades de nivel administrativo equivalente que se precisen en el mismo reglamento interior. Los acuerdos delegatorios de facultades se deben publicar en el *Diario Oficial de la Federación* (artículo 16).

También se prescribe que para la más eficaz atención y eficiente despacho de los asuntos de su competencia, las secretarías de Estado y los departamentos administrativos podrán contar con órganos administrativos desconcentrados, que les estarán jerárquicamente subordinados, y tendrán facultades específicas

para resolver sobre la materia y dentro del ámbito territorial que se determine en cada caso, de conformidad con las disposiciones legales aplicables (artículo 17).

Por otra parte, las dependencias y entidades de la administración pública federal, conforme a lo previsto en los reglamentos interiores o sus ordenamientos legales de creación, respectivamente, podrán contar con delegaciones en las entidades federativas o, en su caso, en regiones geográficas que abarquen más de una entidad federativa, siempre y cuando sea indispensable para prestar servicios o realizar trámites en cumplimiento de los programas a su cargo y cuenten con recursos aprobados para dichos fines en sus respectivos presupuestos (artículo 17 bis).

También se prescribe que en el reglamento interior de cada una de las secretarías de Estado y departamentos administrativos, que será expedido por el presidente de la República, se determinarán las atribuciones de sus unidades administrativas, así como la forma en que los titulares podrán ser suplidos en sus ausencias (artículo 18).

Al titular de cada secretaría de Estado y departamento administrativo le corresponde expedir los manuales de organización, de procedimientos y de servicios al público necesarios para su funcionamiento, los que deberán contener información sobre la estructura orgánica de la dependencia y las funciones de sus unidades administrativas, así como sobre los sistemas de comunicación y coordinación, y los principales procedimientos administrativos que se establezcan deberán actualizarse y publicarse en el *Diario Oficial de la Federación* (artículo 19).

También las secretarías de Estado y los departamentos administrativos deben establecer sus servicios de apoyo administrativo en materia de planeación, programación, presupuesto, informática y estadística, recursos humanos, recursos materiales, contabilidad, fiscalización, archivos y los demás que sean necesarios, en los términos que fije el Ejecutivo Federal (artículo 20).

En la Ley se autoriza al presidente de la República a constituir comisiones intersecretariales, para el despacho de asuntos

en que deban intervenir varias secretarías de Estado o departamentos administrativos. Esas comisiones podrán ser transitorias o permanentes, y serán presididas por quien determine el presidente de la República (artículo 21).

También la ley establece la base legal para los convenios de coordinación de acciones con los gobiernos estatales, y con su participación, en los casos necesarios, con los municipios, que puede celebrar el presidente de los Estados Unidos Mexicanos (artículo 22).

Por otra parte, destaca el mecanismo de resolución de controversias competenciales entre secretarías de Estado o departamentos administrativos para conocer de un asunto determinado, que resolverá el presidente de la República por conducto de la Secretaría de Gobernación (artículo 24).

Por último, estimando que la administración pública se orienta a partir de un principio unitario, se establece que cuando alguna secretaría de Estado o departamento administrativo necesite informes, datos o la cooperación técnica de cualquier otra dependencia, esta tendrá la obligación de proporcionarlos, en términos de las normas que expida la Secretaría de la Función Pública (artículo 25).

El artículo 26 de esa Ley Orgánica destaca las dieciocho dependencias y una consejería que integran la administración pública centralizada;<sup>169</sup> esto es, la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Relaciones Exteriores, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, la Secretaría de Seguridad Pública, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, la Secretaría de Energía, la Secretaría de Economía, la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, la Secretaría de la Función Pública, la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, la Secretaría del Trabajo y Previ-

<sup>169</sup> Aquí hace falta la Procuraduría General de la República, que también forma parte de la administración pública centralizada.

sión Social, la Secretaría de la Reforma Agraria, la Secretaría de Turismo y la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal.

#### IV. EL ARTÍCULO 39 DE LA LOAPF RELACIONADO CON LA SECRETARÍA DE SALUD (LEY GENERAL DE SALUD Y SU REGLAMENTO)

A esta dependencia de la administración pública federal la podríamos considerar lo que en España se conoce como “administración sanitaria”, o sea, la autoridad gubernamental competente para aplicar las leyes y hacer cumplir en un ámbito territorial determinado las medidas sanitarias establecidas por una disposición legal.<sup>170</sup>

En términos de los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF), y 13, apartado A, de la LGS,<sup>171</sup> a la Secretaría de Salud le corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

<i>Fr.</i>	<i>Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (artículo 39)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 13-A y C)</i>
I	Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general (excepto saneamiento del ambiente)		
	Coordinar los programas de servicios a la salud de la administración pública federal		
	Coordinar los agrupamientos por funciones y programas afines que en su caso se determinen		

<sup>170</sup> Álvarez Nebreda, Carlos C., *Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios*, p. 8.

<sup>171</sup> Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984; últimas reformas publicadas el 27 de abril de 2010. Desde el punto de vista formal se organiza en títulos y capítulos, tiene formalmente 482 artículos.

<i>Fr.</i>	<i>Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (artículo 39)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 13-A y C)</i>
II	Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional		
	Organizar la asistencia pública en el Distrito Federal		
III	Aplicar a la asistencia pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos para la Asistencia Pública		
	Administrar el patrimonio de la beneficencia pública en el Distrito Federal a fin de apoyar los programas de servicios de salud		
IV	Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada		
V	Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública		
VI	Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud	VI	Promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento
		VII	Coordinar el Sistema Nacional de Salud
	Proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presen servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud		

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

165

<i>Fr.</i>	<i>Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (artículo 39)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 13-A y C)</i>
	Propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en el Sistema Nacional de Salud		
	Determinar las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes		
VII	Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud	II	En las materias enumeradas en las fracciones I, III, V, VI, XVII bis, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII y XXIX, del artículo 3o. de esta Ley, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud
VIII	Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de salubridad general, incluyendo las de asistencia social, por parte de los sectores público, social y privado, y verificar su cumplimiento	I	Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento
IX	Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República		
X	Dirigir la policía sanitaria general de la República, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana		
XI	Dirigir la policía sanitaria especial en los puertos, costas y fronteras, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando afecte o pueda afectar a la salud humana		

<i>Fr.</i>	<i>Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (artículo 39)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 13-A y C)</i>
XII	Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y circulación de comestibles y bebidas		
XIII	Realizar el control de la preparación, aplicación, importación y exportación de productos biológicos, excepción hecha de los de uso veterinario		
XIV	Regular la higiene veterinaria exclusivamente en lo que se relaciona con los alimentos que puedan afectar a la salud humana		
XV	Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra		
XVI	Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad		
XVII	Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se		

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

167

<i>Fr.</i>	<i>Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (artículo 39)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 13-A y C)</i>
	relaciona con la previsión social en el trabajo		
XVIII	Administrar y controlar las escuelas, institutos y servicios de higiene establecidos por la Federación en toda la República, exceptuando aquellos que se relacionan exclusivamente con la sanidad animal		
XIX	Organizar congresos sanitarios y asistenciales		
XX	Prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los Gobiernos de los Estados y del Distrito Federal	III	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 se lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto
XXI	Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de Salubridad General	V VII IX	Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general  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 la vigilancia general del cumplimiento de las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables en materia de salubridad general
XXII	Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presen las dependencias y enti-	VII bis	Regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud

<i>Fr.</i>	<i>Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (artículo 39)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 13-A y C)</i>
	dades federales y proveer a su cumplimiento		
XXIII	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		
XXIV	Las demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos	X	Las demás que sean necesarias para hacer efectivas las facultades anteriores y las que se establezcan en esta Ley y en otras disposiciones generales aplicables
		IV	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
		C	Corresponde a la Federación y a las entidades federativas la prevención del consumo de narcóticos, atención a las adicciones y persecución de los delitos contra la salud, en los términos del artículo 474 de esta Ley

## V. REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Por su parte, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (RISS)<sup>172</sup> establece la competencia y organización de esta Secretaría.

<sup>172</sup> *Diario Oficial de la Federación*, 19 de enero de 2004.

Como se destaca en ese reglamento, la Secretaría de Salud es una dependencia del Poder Ejecutivo Federal, que ejerce las atribuciones y facultades que le confieren la LOAPF, la LGS y otras leyes, así como los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del presidente de la República (artículo 1o.).

Orgánicamente, la Secretaria de Salud se compone de secretario del ramo, servidores públicos, unidades administrativas, órganos desconcentrados, y comités de coordinación interna. Como lo prescribe el artículo 2o., al frente de la Secretaría de Salud está el secretario de despacho, quien se auxilia por:

<i>Servidores públicos (artículo 2o., A)</i>	<i>Unidades administrativas (artículo 2o., B)</i>	<i>Unidades administrativas (artículo 2o., C)</i>	<i>Comités de Coordinación Interna (artículo 4o.)</i>
<p>I. Subsecretario de Innovación y Calidad;</p> <p>II. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud;</p> <p>III. Subsecretario de Administración y Finanzas;</p> <p>IV. Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud;</p> <p>V. Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, y</p> <p>VI. Titular de la Unidad de Análisis Económico.</p>	<p>I. Dirección General de Asuntos Jurídicos;</p> <p>II. Dirección General de Calidad y Educación en Salud;</p> <p>III. Dirección General de Comunicación Social;</p> <p>IV. Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales de Referencia;</p> <p>V. Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Institutos Nacionales de Salud;</p> <p>VI. Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física;</p>	<p>I. Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública;</p> <p>II. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva;</p> <p>III. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud;</p> <p>IV. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea;</p> <p>V. Centro Nacional de Rehabilitación;</p> <p>VI. Centro Nacional de Trasplantes;</p> <p>VII. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades;</p> <p>VIII. Centro Nacional para la</p>	<p>I. Comité de Innovación y Eficiencia, el cual identificará y aprovechará las oportunidades de aplicación racional y eficiente de los recursos humanos, materiales y financieros de la Secretaría;</p> <p>II. Comité de Desarrollo de la Infraestructura Física, el cual identificará las necesidades de infraestructura física y equipamiento médico enfocados a la salud en las entidades federativas y apoyará a éstas en los diseños, desarrollo, organización, financiamiento y modalidades de operación, así como dar seguimiento a las obras en desarrollo, y</p>

<i>Servidores públicos (artículo 2o., A)</i>	<i>Unidades administrativas (artículo 2o., B)</i>	<i>Unidades administrativas (artículo 2o., C)</i>	<i>Comités de Coordinación Interna (artículo 4o.)</i>
	<p>VII. Dirección General de Evaluación del Desempeño;</p> <p>VIII. Dirección General de Información en Salud;</p> <p>IX. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud;</p> <p>X. Dirección General de Políticas de Investigación en Salud;</p> <p>XI. Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto;</p> <p>XII. Dirección General de Promoción de la Salud;</p> <p>XIII. Dirección General de Recursos Humanos;</p> <p>XIV. Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales;</p> <p>XV. Dirección General de Relaciones Internacionales;</p> <p>XVI. Dirección General de Tecnologías de la Información;</p>	<p>Prevención y el Control del VIH/ SIDA;</p> <p>IX. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia;</p> <p>X. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios;</p> <p>XI. Comisión Nacional de Arbitraje Médico;</p> <p>XII. Comisión Nacional de Protección Social en Salud;</p> <p>XIII. Hospital Juárez de México, y</p> <p>XIV. Servicios de Atención Psiquiátrica.</p>	<p>III. Comité de Programas Sustantivos, el cual alineará y hará más eficiente la instrumentación, ejecución y control de los programas sustantivos a cargo de la Secretaría.</p>

<i>Servidores públicos (artículo 2o., A)</i>	<i>Unidades administrativas (artículo 2o., B)</i>	<i>Unidades administrativas (artículo 2o., C)</i>	<i>Comités de Coordinación Interna (artículo 4o.)</i>
	XVII. Secretaría- do Técnico del Consejo Nacional Contra las Adic- ciones;  XVIII. Secreta- riado Técnico del Consejo Nacional de Salud, y  XIX. Secretariado Técnico del Con- sejo Nacional de Salud Mental.		

Además, el artículo 2o., párrafo final, destaca que la Secretaría de Salud cuenta con las unidades subalternas que se señalen en el Manual de Organización General de la Dependencia y en el de sus órganos administrativos desconcentrados.

También, el párrafo antepenúltimo del artículo 2o. prescribe que la Secretaría de Salud tiene un Órgano Interno de Control, que se regirá conforme a lo dispuesto por el artículo 49 de este Reglamento (es parte de los nombramientos que dependen de la Secretaría de la Función Pública, en términos del artículo 37, fracción XVI, de la LOAPF).

Por último, el artículo 5o. destaca que a la Secretaría, en el marco del Sistema Nacional de Salud, le corresponde (véase cuadro en la siguiente página).

<i>Concertación y conducción de las políticas de salud, a través de la presidencia de los siguientes órganos (artículo 5o., A)</i>	<i>La ejecución de las políticas de salud y seguridad social del gobierno federal, con la participación de las siguientes instituciones (artículo 5o., B)</i>	<i>La integración de acciones interinstitucionales, a través de la presidencia de los siguientes órganos (artículo 5o., C)</i>	<i>La coordinación sectorial de las siguientes entidades (artículo 5o., D)</i>
<p>I. Consejo de Salubridad General.</p> <p>II. Consejo Nacional de Salud.</p>	<p>I. Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>II. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.</p>	<p>I. Consejo Nacional contra las Adicciones;</p> <p>II. Consejo Nacional de Vacunación;</p> <p>III. Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;</p> <p>IV. Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes;</p> <p>V. Consejo Nacional de Trasplantes, y</p> <p>VI. Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.</p>	<p>I. Institutos Nacionales de Salud;</p> <p>II. Hospital General de México;</p> <p>III. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”;</p> <p>IV. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;</p> <p>V. Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S. A. de C. V., Birmex, y</p> <p>VI. Centros de Integración Juvenil, A. C.</p>

Un primer problema a destacar es la inconstitucionalidad del RISS en lo que se refiere a la adscripción de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, porque tal y como lo establece el artículo 36 del RISS, los órganos desconcentrados se crean para la eficaz atención y eficiente despacho de los asuntos de su competencia, y están jerárquicamente subordinados a la Secretaría de Salud, pero gozan de autonomía operativa, técnica y administrativa, lo que contradice el contenido del artículo 73, fracción XVI, de la CPEUM.

Los órganos administrativos desconcentrados y sus titulares tienen la competencia y facultades que el Reglamento les confiere, las previstas por el instrumento jurídico que los cree o regule, en su caso, y los acuerdos de delegación de facultades del secretario.

El mismo artículo 36 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud establece que el secretario podrá revisar, reformar, modificar o revocar las resoluciones dictadas por los órganos desconcentrados, lo que implicaría que la última decisión en la materia de salud pública la tiene el secretario del ramo, lo que abona a la idea de la inconstitucionalidad del RISS.

## VI. CONSEJO GENERAL DE SALUBRIDAD

Como se ha mencionado anteriormente, el Consejo de Salubridad General es un órgano de relevancia constitucional que depende directamente del presidente de la República. Tiene el carácter de autoridad sanitaria, con funciones normativas, consultivas y ejecutivas. Las disposiciones que emite son de carácter general y obligatorias en todo el país.

El Consejo se integra, conforme al artículo 15 de la Ley General de Salud, por un presidente, que será el secretario de Salud, un secretario y trece vocales titulares, dos de los cuales serán los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía, y los vocales que su propio reglamento determine.

Sin embargo, el Reglamento Interno del Consejo de Salubridad General establece que la integración del Consejo es: por un presidente, que será el secretario de salud, un secretario y diez vocales titulares: el secretario de Hacienda y Crédito Público; el secretario de Desarrollo Social; el secretario de Medio Ambiente y Recursos Naturales; el secretario de Economía; el secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; el secretario de Comunicaciones y Transportes; el secretario de

Educación Pública; el titular del Instituto Mexicano del Seguro Social; el titular del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el director general del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; el presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, A. C.; el presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C., y el rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los vocales titulares del Consejo son designados y removidos por el presidente de la República, cuentan con voz y voto, y sus cargos son honoríficos. Además, el Consejo cuenta con varios vocales de dependencias públicas y privadas, que de alguna manera inciden en el tema de la salud. Estos vocales son invitados al Consejo por el presidente de la República a través del presidente del Consejo, cuentan con voz, pero sin voto (artículo 4o., RCSG).

Entre los vocales invitados están los secretarios de Salud o su equivalente de las entidades federativas que representan las cuatro regiones del país. Estas regiones son:

- I. Región noroeste, que se integrará por los estados de Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Nayarit, Sinaloa y Sonora;
- II. Región noreste, que se integrará por los estados de Coahuila, Durango, Nuevo León, Tamaulipas y Veracruz;
- III. Región centro, que se integrará por los estados de Aguascalientes, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala y Zacatecas, y
- IV. Región sureste, que se integrará por los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.

La participación de estos secretarios de Salud es por un periodo de cuatro años, y se sustituyen de manera escalonada, en forma alfabética conforme a la denominación de los estados que integran la región (artículos 4o. y 5o., RCSG).

Además, el Consejo cuenta con una Junta Ejecutiva, que tiene la función de atender los casos de emergencia que en materia de salubridad general sean de la competencia del Consejo. Las decisiones de esta Junta Ejecutiva deberán ser ratificadas por el Consejo. Su integración es como sigue: *a)* el presidente; *b)* el secretario; *c)* el director general del Instituto Mexicano del Seguro Social; *d)* el director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y *e)* los vocales titulares que determine el presidente, tomando en consideración el asunto de que se trate.

El Consejo cuenta con comisiones y comités para el apoyo de sus actividades; estos podrán ser permanentes o transitorios, y se encargarán de los asuntos específicos para los cuales sean creados (artículo 14, RICSG).

El Consejo tiene las siguientes comisiones:

1. Comisión de Integración Funcional del Sistema Nacional de Salud; le corresponde definir las líneas estratégicas de articulación y las acciones necesarias para su implementación, seguimiento y evaluación, de manera coordinada con las instancias del Sistema Nacional de Salud y otras, así como formular recomendaciones que conduzcan al establecimiento de un modelo integrado de atención a la salud (artículo 16, RICSG).
2. Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud; elabora el cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica, el catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel y otros que determine el Consejo (artículo 17, RICSG).
3. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica; propone al Consejo los criterios e instrumentos para la evaluación de la calidad de los establecimientos que prestan servicios de salud, dictaminar sobre los resultados de la evaluación y presentarlos al Consejo (artículo 18, RICSG).

4. Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos; estudia, analiza y propone los tratamientos y medicamentos asociados que se considerarán gastos catastróficos por implicar un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren, con objeto de someterlos a la aprobación y prioridad que determine el propio Consejo (artículo 19, RICSG).
5. Comisión Consultiva Científica; a través del secretario, somete al Consejo los asuntos relativos a la innovación, investigación, desarrollo, transferencia del conocimiento y de tecnologías, que se consideren relevantes para el Sistema Nacional de Salud (artículo 20, RICSG).
6. Comisión Consultiva Ciudadana, informa y opina sobre los asuntos que involucran la salud pública y que sean de interés de la sociedad civil, ser vínculo entre ésta y el Consejo, así como opinar en estrategias de comunicación social (artículo 21, RICSG).

Además, puede contar con otras comisiones que se establezcan conforme a las necesidades del Consejo.

En cuanto a los comités, se conforman de acuerdo con las necesidades específicas del Consejo (artículo 23, RICSG).

El Consejo de Salubridad General toma sus acuerdos en sesiones ordinarias y extraordinarias. Las primeras se celebran dos veces al año en forma semestral, mientras que las extraordinarias en cualquier momento que lo determine su presidente, o a propuesta de cinco de los vocales titulares (artículos 25-31, RICSG).

Las funciones del Consejo se establecen en el cuadro siguiente.

<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 17)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Reglamento Interno del Consejo de Salubridad Nacional (artículo 9o.)</i>
I	Dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas, así como las que tengan por objeto prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud, las que serán revisadas después por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.	I	Dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas, así como las que tengan por objeto prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud, las que serán revisadas después por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.
II	Adicionar las listas de establecimientos destinados al proceso de medicamentos y las de enfermedades transmisibles prioritarias y no transmisibles más frecuentes, así como las de fuentes de radiaciones ionizantes y de naturaleza análoga.	IX	Adicionar las listas de establecimientos destinados al proceso de medicamentos y las de enfermedades transmisibles prioritarias y no transmisibles más frecuentes, así como las de fuentes de radiaciones ionizantes y de naturaleza análoga.
III	Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud.	X	Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud.
IV	Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud.	XI	Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud.
V	Elaborar el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.	III	Elaborar junto con la Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Presidente de la República, el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y el Catálogo de Insumos para el segundo y ter-

<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 17)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Reglamento Interno del Consejo de Salubridad Nacional (artículo 9o.)</i>
			cer niveles, así como actualizarlos y difundirlos.
VI	Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.	VI	Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
VII	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.	V	Rendir opiniones y formular sugerencias al presidente de la República tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud.
VII bis	Proponer a las autoridades sanitarias el otorgamiento de reconocimientos y estímulos para las instituciones y personas que se distinguen por sus méritos a favor de la salud.	VII	Proponer a las autoridades sanitarias el otorgamiento de reconocimientos y estímulos para las instituciones y personas que se distinguen por sus méritos a favor de la salud.
VIII	Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas.	VIII	Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas.
IX	Las demás que le correspondan conforme a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y esta Ley.	XXIV	Las demás que le señalen otras disposiciones aplicables.
		II	Aprobar los acuerdos necesarios y demás disposiciones generales de observancia obligatoria en el país en materia de salubridad general, dentro del ámbito de su competencia.

<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 17)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Reglamento Interno del Consejo de Salubridad Nacional (artículo 9o.)</i>
		IV	Elaborar, publicar, mantener actualizado y difundir el Catálogo de medicamentos Genéricos.
		XII	Determinar las acciones e instrumentos que sean necesarios para la evaluación y la certificación de la calidad de los establecimientos de atención médica.
		XIII	Proponer políticas y estrategias y definir acciones para la integración de un modelo articulado que permita el cumplimiento del programa sectorial de salud, especialmente por lo que hace a los destinados 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.
		XIV	Concentrar, analizar y emitir opinión sobre las diferentes evaluaciones que se realicen al sector salud.
		XV	Coadyuvar en la determinación de políticas y línea de acción para alcanzar la federalización efectiva de la salud y converger en acciones coordinadas con el Consejo Nacional de Salud.
		XVI	Definir aquellos tratamientos y medicamentos asociados a gastos catastróficos, conforme lo establece el artículo 77 bis 29 de la Ley General de Salud.

<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 17)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Reglamento Interno del Consejo de Salubridad Nacional (artículo 9o.)</i>
			Aprobar y publicar en el <i>Diario Oficial de la Federación</i> la declaratoria en los casos de enfermedades graves que sean causa de emergencia o atenten contra la seguridad nacional, por iniciativa propia o a solicitud por escrito de instituciones nacionales especializadas en la enfermedad, que sean acreditadas por el Consejo, en la que se justifique la necesidad de atención prioritaria.
		XVIII	Opinar sobre la concesión de licencias de utilidad pública, que le sea requerido por el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial.
		XIX	Operar y resguardar la base de datos relativa a la información sobre precursores químicos y productos químicos esenciales.
		XX	Cotejar el padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica.
		XXI	Crear comisiones y comités que coadyuven al desarrollo de los trabajos del Consejo.
		XXII	Aprobar los reglamentos interiores de las comisiones del Consejo.
		XXIII	Aprobar su Código de Ética.

## VII. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Este sistema debe su nacimiento a la reforma sanitaria que se ha ido implementando de manera gradual desde la década de 1980. Después de la crisis financiera de esa década, México suscribió una serie de compromisos con organismos financieros multilaterales, como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, para poder superar la crisis. Al suscribir esos compromisos, se vio en la necesidad de dismantelar los servicios estatales de salud e implementar un sistema de orientación liberal que permita la participación de los actores privados en el campo de la salud.<sup>173</sup>

El Sistema Nacional de Salud nació con la reforma a la Ley General de Salud de 1984. Es un conjunto de entidades públicas federales y estatales, del sector social y del sector privado, que brindan servicios de salud y que son coordinadas por la Secretaría de Salud. Conforme al artículo 5o. de la Ley General de Salud, tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección a la salud.

Este sistema se estructura como se sigue del cuadro siguiente:

### ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

<i>Sector público</i>				<i>Sector privado</i>	
<i>Instituciones de seguridad social</i>	<i>Instituciones para población asegurada</i>	<i>Instituciones para población no asegurada</i>	<i>Instituciones de asistencia social</i>	<i>Lucrativo</i>	<i>No lucrativo</i>
IMSS	Seguro Popular	SESA	DIF	Consulta externa	Cruz Roja
ISSSTE		Hospitales federales de referencia (HFR)		Hospitales	ONG

<sup>173</sup> Eibenschutz, Catalina, “Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria”, en Salazar, Raúl (coord.), *La seguridad social. Retos de hoy*, México, UAM, 2007, pp. 23-49.

<i>Sector público</i>				<i>Sector privado</i>	
<i>Instituciones de seguridad social</i>	<i>Instituciones para población asegurada</i>	<i>Instituciones para población no asegurada</i>	<i>Instituciones de asistencia social</i>	<i>Lucrativo</i>	<i>No lucrativo</i>
Sedena		Hospitales regionales de alta especialidad (HRAE)		Residencias Asistencia social	Organismos civiles
Semar		Insalud		Otros Asistencia social	
Pemex		IMSS-O			
Estatales		Universitarios			

Como lo prescribe el artículo 6o. de la LGS, para cumplir con su objetivo, el sistema nacional de salud debe:

- 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 condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
- 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;
- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
- Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político-sociales y culturales; con su par-

ticipación y tomando en cuenta sus valores y su organización social;

- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
- Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;
- Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;
- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y
- Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

La Secretaría de Salud es la encargada de la coordinación del Sistema Nacional de Salud. Para tales efectos, le corresponde (artículo 7o., LGS):

- Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal;
- 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 se determinen;
- Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud;
- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Ejecutivo Federal;
- Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y

- entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;
- Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las leyes que regulen a las entidades participantes;
  - Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud;
  - Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;
  - Coadyuvar con las dependencias competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud;
  - Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud;
  - Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;
  - Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud;
  - Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud;
  - Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud, y
  - Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.

La participación de las entidades federativas en el sistema, en el ámbito de sus competencias, se establece mediante acuerdos de coordinación que se celebran entre estas y la Secretaría de Salud. Las entidades federativas deben planear, organizar y desarrollar sus sistemas estatales de salud.

La participación de otros prestadores de servicio de salud de los sectores público, privado, social e indígena se concretan mediante contratos y convenios entre estos y la Secretaría de Salud, en donde se deben definir las responsabilidades que asuman las partes; determinar las acciones de orientación, estímulo y apoyo que llevará a cabo la Secretaría de Salud; especificar el carácter operativo de la concertación de acciones, con reserva de las funciones de autoridad de la Secretaría de Salud, y expresar las demás estipulaciones que de común acuerdo establezcan las partes.

Conforme al artículo 4o., fracción 3a. de la CPEUM, toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Sin embargo, el acceso a esta protección se da de manera diferenciada según el grupo de población a que se pertenezca.

La población, como beneficiarios de las instituciones de salud, se pueden dividir en dos grandes grupos: los que reciben servicios de salud del sector público y los que lo reciben del sector privado. El primer grupo a su vez se puede dividir en dos grupos: los que tienen seguridad social y los que no cuentan con seguridad social. Así, podemos hablar de: *a*) trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; *b*) autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, y *c*) la población con capacidad de pago. Cabe mencionar que las personas asalariadas con acceso a la seguridad social a veces prefieren utilizar los servicios de salud privados.

SISTEMA DE OFRECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MEXICANO

<i>Sector público</i>		<i>Sector privado</i>	
Seguridad social atado al empleo	Servicio de salud a población abierta. Población sin seguridad social		Servicios de salud a población con capacidad de pago
Sistema de seguridad social atado al empleo asalariado	Atención a población abierta-seguridad social no atado al empleo par no asalariados	Atención a población abierta-sistema asistencialista para los no asalariados	Servicios de salud para población con capacidad de pago
			
IMSS, ISSSTE, Sedena, Semar, Pemex, Sedena	Sistema de protección social en salud	SSa, SESAs, HFR, HARE, Insalud, universitarios	Hospitales, clínicas y consultorios privados

VIII. SEGURIDAD SOCIAL ATADA AL EMPLEO

La seguridad social atada al empleo comprende a las instituciones de seguridad social del sector salud y sus organismos coordinados, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de Marina (Semar) y otros. Estas instituciones prestan servicios a los trabajadores activos del sector formal de la economía, a jubilados y a los familiares de ambos.

1. *Instituto Mexicano del Seguro Social*

La seguridad social tiene sus orígenes en Alemania durante los años 1883 a 1889. Con tres leyes se sientan las bases de la seguri-

dad social: seguro contra enfermedad, 1883; seguro contra accidentes de trabajo, 1884, y seguro contra la invalidez y la vejez, 1889. Estos tres seguros eran obligatorios y se restringían a la clase trabajadora. Eran financiados mediante un esquema tripartito, en donde participaban el Estado, los patrones y los trabajadores.

Otro gran avance en la seguridad social se encuentra en Inglaterra, cuando en 1942 lord Beveridge presenta un informe, en el cual dota a la seguridad social de carácter integral y universal. El plan Beveridge destaca por: 1) su sistema de seguridad social unitario, que incluía pensiones por enfermedades, maternidad, vejez, viudez y desempleo. Lo anterior cubría a toda la población, y no solo a los trabajadores; 2) un servicio nacional de salud de atención médica gratuita y universal, y 3) un sistema de asistencia nacional. Posteriormente, los beneficios abarcaron educación, vivienda y atención especializada a niños, y en 1911 se introduce el seguro de desempleo obligatorio.<sup>174</sup>

A partir de entonces, este modelo de seguridad social se extendió al resto de Europa, y también alcanzó a Estados Unidos y América Latina; claro, en cada lugar con sus propias particularidades.

En México, en la Constitución de 1917 se establece la responsabilidad de los patrones en los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; asimismo, se establece la obligación de éstos de observar las disposiciones legales sobre higiene y seguridad.<sup>175</sup>

<sup>174</sup> Ordóñez Barba, Gerardo, “El Estado de bienestar en las democracias occidentales: lecciones para analizar el caso mexicano”, *Región y Sociedad*, vol. XIV, núm. 24, El Colegio de la Frontera Norte, 2002, pp. 109-116.

<sup>175</sup> El texto original del artículo 123 de la Constitución de 1917 establecía: “Artículo 123, fr. XIV. Los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patrones deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario.

Veintiséis años después, el 19 de enero de 1943, nació el Instituto Mexicano del Seguro Social e inicia operaciones el 1o. de enero de 1944.

La Ley del Seguro Social vigente fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 21 de diciembre de 1995. Es de observancia general en toda la República, sus disposiciones son de orden público y de interés social (artículo 1o.). La Ley establece la finalidad de la seguridad social: “garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión” (artículo 2o.).

La seguridad social se realiza por entidades o dependencias públicas, federales o locales y por organismos descentralizados (artículo 3o.); la organización y administración del seguro social está a cargo del IMSS, que es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios,<sup>176</sup> y tiene el carácter de organismo fiscal autónomo (artículo 5o.).

Fr. XV. El patrón estará obligado a observar en la instalación de sus establecimientos, los preceptos legales sobre higiene y salubridad, y adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte para la salud y la vida de los trabajadores la mayor garantía compatible con la naturaleza de la negociación, bajo las penas que al efecto establezcan las leyes”.

<sup>176</sup> Conforme al artículo 253 de la Ley de Seguro Social, constituye el patrimonio del IMSS: los bienes muebles e inmuebles de cualquier naturaleza, con excepción de aquellos provenientes de adjudicación o dación en pago por adeudo de cuotas obrero patronales, capitales constitutivos y accesorios, así como cualquier otro que se afecte expresamente a las reservas que el Instituto deba constituir en términos de esta Ley; los derechos de propiedad y posesión de bienes muebles e inmuebles, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, que por justo título obren en poder del Instituto; los derechos de cualquier naturaleza que el Instituto obtenga o pueda obtener; las donaciones, herencias, legados, adjudicaciones, subsidios y transferencias que se haga a su favor en que no se preestablezca el destino de los bienes o derechos correspondientes; los intereses, dividendos, realización de activos, alquileres, rentas, rendimientos, utilidades, frutos y productos de cualquier clase, que generen los bienes y derechos afectos a su patrimonio, y cualesquier otros ingresos que le señalen las leyes y reglamentos.

El seguro social comprende dos regímenes: obligatorio, y voluntario (artículo 6o.). Los sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio son: los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción, los estudiantes<sup>177</sup> y las personas que determine el Ejecutivo Federal (artículo 12). El régimen obligatorio cuenta con cinco tipos de seguro: enfermedades y maternidad; riesgos de trabajo; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y guarderías y prestaciones sociales (artículo 11).

#### A. Seguro de riesgos de trabajo

Los riesgos de trabajo son aquellos accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo de su trabajo (artículo 41). Los accidentes de trabajo son lesiones orgánicas y perturbaciones funcionales producidas inmediata o posterior al trabajo, así como la muerte producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo. También es considerado accidente de trabajo aquel que se produzca al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo, o de éste a aquél (artículo 42).

Por otra parte, las enfermedades de trabajo son todos aquellos estados patológicos derivados de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. La Ley del Seguro Social remite a la Ley Federal del Trabajo para el caso de las enfermedades de trabajo (artículo 43).

El trabajador está protegido mediante este seguro desde su primer día de trabajo; sin embargo, no tendrá derecho a él si cuando le ocurre el accidente se encuentra en estado de embriaguez, bajo el efecto de narcóticos o si el daño es provocado por él mismo o como resultado de una riña.

Las prestaciones económicas del seguro de riesgo de trabajo son las que se indican en el cuadro siguiente.

<sup>177</sup> Se incluyen en el régimen obligatorio mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de septiembre de 1998.

<i>Especie (artículo 56)</i>	<i>Monetarias (artículo 58)</i>
Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica	100% del salario mientras dure la inhabilitación si lo incapacita para trabajar.
Servicio de hospitalización	Pensión mensual definitiva por incapacidad permanente total
Aparatos de prótesis y ortopedia, y	Pensión conforme a la tabla de valuación de incapacidad contenida en la Ley Federal de Trabajo por incapacidad permanente parcial
rehabilitación	Indemnización global equivalente a cinco anualidades de la pensión que le hubiese correspondido si fuera incapacidad total por incapacidad de hasta el 25%.

### *B. Enfermedades y maternidad*

El seguro por enfermedades y maternidad aplica cuando el asegurado se incapacita para el trabajo como resultado de un padecimiento no generado por un accidente o enfermedad de trabajo; o por maternidad. Estos seguros ofrecen atención en primer, segundo y tercer nivel para el trabajador o pensionado y sus respectivos beneficiarios.

### *C. Invalidez y vida*

En el caso de invalidez, el seguro cubre al trabajador cuando éste se encuentre imposibilitado para procurarse y obtener un sueldo mayor al 50% de lo que percibía antes de tener la invalidez (artículo 119); la pensión por invalidez puede ser temporal o definitiva (artículo 120). En caso de muerte del asegurado o del pensionado por invalidez, los beneficiarios pueden tener derecho a las siguientes prestaciones: pensión de viudez, pensión de orfandad, pensión a ascendientes, ayuda asistencial a la pensionada por viudez, en los casos en que lo requiera, y asistencia médica (artículo 127).

#### D. *Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez*

Este seguro cubre al trabajador cuando llega a la edad de la jubilación, brindándole una renta vitalicia. Los recursos de este seguro son administrados por las administradoras del fondo para el retiro (Afores)<sup>178</sup> de la elección del trabajador, pero al momento del retiro del trabajador son traspasados a una aseguradora de la elección del trabajador.

Hay cesantía en edad avanzada cuando el asegurado ya no realiza trabajos remunerados a partir de los sesenta años de edad (artículo 154); para poder recibir las prestaciones del seguro de vejez se requiere que el asegurado haya cumplido 65 años (artículo 162).

El retiro puede ser antes de los 60 o 65 años si el trabajador cuenta con fondos suficientes y se completa el periodo de espera. Si un trabajador no tiene recursos suficientes para la pensión, cuando tenga la edad y cumpla con el periodo de espera el gobierno federal debe suministrar los recursos para el pago de la pensión, que no debe ser menor al salario mínimo vigente en el Distrito Federal.

#### E. *Guarderías y prestaciones sociales*

El seguro de guarderías tiene como fin proporcionar cuidados a niños que se encuentran en la primera infancia, hijos de las mujeres trabajadoras, de viudos o divorciados trabajadores quienes judicialmente tengan la custodia de sus hijos, durante la jor-

<sup>178</sup> Los afores fueron creadas mediante la Ley del Seguro Social de 1997. De esta manera, la administración de los fondos pasó a empresas privadas. Actualmente existen 14 afores: Afirme Bajío, Azteca, Banamex, Bancomer, Coppel, Inbursa, SURA, InverCap, Met life, Pensión ISSSTE, Principal, Profuturo GNP, XXI Banorte y Amafore. El funcionamiento de los afores está regulado por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar) y autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Las inversiones de estos recursos están a cargo de las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro (Siefores). Existen 5 siefores de acuerdo con el grupo de edad del trabajador.

nada de trabajo; el beneficio se puede extender a los asegurados que por resolución judicial ejerzan la patria potestad y la custodia de un menor (artículo 201). Los servicios de guardería deben incluir el aseo, la alimentación, el cuidado de la salud, la educación y la recreación de los menores (artículo 203).

Las prestaciones sociales se dividen en dos grandes ramos: prestaciones sociales institucionales, y prestaciones de solidaridad social (artículo 208). Las prestaciones sociales institucionales tienen como fin fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población (artículo 209); mientras que las prestaciones de solidaridad social comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria (artículo 214).

Para que se tenga derecho a los seguros es necesario que se cumpla con cierta cantidad de cotizaciones.

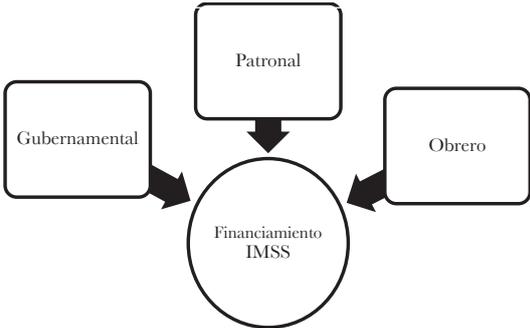
<i>Seguro</i>	<i>Semanas cotizadas</i>	<i>Porcentaje de pago</i>	<i>Límite de pago</i>
Riesgo de trabajo	Protección desde el primer día de labor.	100% del salario al inicio de la incapacidad.	1 día hasta el término de 52 semanas
Enfermedad general	4 semanas inmediatas anteriores al inicio de la enfermedad	60% del salario al inicio de la incapacidad	A partir del cuarto día hasta el término de 52 semanas, se podrá prorrogar hasta por 26 semanas
Maternidad	30 semanas en los 12 meses anteriores a la fecha en que inicia la incapacidad	100% de salario al inicio de la incapacidad	42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al parto
Invalidez	250 semanas; en caso de que la incapacidad sea por más de 75%, se necesitan 150 semanas cotizadas		

<sup>179</sup> Si la asegurada no cumple con el requisito de semanas cotizadas, queda a cargo del patrón el pago del salario íntegro (artículo 103).

<i>Seguro</i>	<i>Semanas cotizadas</i>	<i>Porcentaje de pago</i>	<i>Límite de pago</i>
Vida	150 semanas		
Cesantía en edad avanzada	1,250 semanas de cotización a los 60 años. Si solo se cuenta con 750 semanas de cotización se tendrá derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad		
Vejez	1,250 semanas cotizadas a los 65 años. Si solo se cuenta con 750 semanas de cotización se tendrá derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.		
Guarderías	A partir de que el trabajador se de dé alta ante el IMSS		

### *E. Financiamiento*

El financiamiento del IMSS es tripartito. Contribuyen los obreros, los patrones y el gobierno federal.



Estas contribuciones son para los distintos ramos de seguros, como se indica en el cuadro siguiente (artículos 16-20):

Ramo	Gubernamental		Patronal		Obrero	
	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero
Riesgos de trabajo			La cuota es según la clasificación que se haga de la empresa y del riesgo a que están expuestos los trabajadores			
Enfermedades y maternidad	13.9% del salario mínimo general para el Distrito Federal (SMG/DF).	0.05% del SMG/DF	13.9% del SMG para el DF. En caso de que el salario del trabajador sea más de 3 veces el SMG/DF, la cuota es de 6% más calculado sobre la diferencia entre el salario base de cotización del trabajador y ese monto de tres veces el SMG/DF.	0.70% del SMG/DF.	2% sobre la diferencia entre el salario base de cotización y el monto que triplica el SMG/DF (solo en caso de que el salario sea mayor a tres veces el SMG/DF).	0.25% del SMG/DF

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

195

<i>Ramo</i>	<i>Gubernamental</i>		<i>Patronal</i>		<i>Obrero</i>	
	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero
Invalidez y vida		7.143% del salario base de cotización		1.75% del salario base de cotización		0.6255 del salario base de cotización
Retiro				2% de salario base de cotización		
Cesantía en edad avanzada y vejez		7.143% del total de cuotas patronales más una cuota social establecida en cantidad fija par trabajadores con salarios menores a un monto equivalente a 15 SMG/DF, de acuerdo con la tabla fijada en la ley, que se actualiza conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor.		3.150% de salario base de cotización		1.125 % de salario base de cotización
Guarderías y prestaciones sociales			1% del salario base de cotización			

El salario base de cotización (artículo 27) se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo.

Se excluyen del salario base de cotización los siguientes conceptos: los instrumentos de trabajo, tales como herramientas, ropa; el ahorro, cuando se integre por un depósito de cantidad semanal, quincenal o mensual igual del trabajador y de la empresa; las aportaciones adicionales que el patrón convenga otorgar; las aportaciones de Infonavit; la alimentación y la habitación cuando se entreguen en forma onerosa; las despensas en especie o en dinero, siempre y cuando su importe no rebase el cuarenta por ciento del salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal; los premios por asistencia y puntualidad; y el tiempo extraordinario dentro de los márgenes señalados en la Ley Federal del Trabajo.

### G. Régimen voluntario

Voluntariamente pueden ser sujetos del régimen obligatorio (artículo 13):

1. Los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados;
2. Los trabajadores domésticos;
3. Los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios;
4. Los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, y
5. Los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

Esta adscripción voluntaria al régimen obligatorio se realiza mediante convenio con el IMSS, en el cual se establecen las modalidades y fechas de incorporación al régimen obligatorio, de los sujetos de aseguramiento, así como la vigencia, prestaciones, cuotas, en su caso, contribución del gobierno federal, procedimientos de inscripción y cobro de cuotas, entre otros (artículo 14).

La incorporación voluntaria al régimen obligatorio puede efectuarse en forma individual o en grupo. El esquema de aseguramiento comprende (artículo 222):

a) Para los trabajadores en industrias familiares, independientes, trabajadores no asalariados, ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios- prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad y las correspondientes de los seguros de invalidez y vida, así como de retiro y vejez.

b) Para los trabajadores domésticos- prestaciones en especie de los seguros de riesgos de trabajo y de enfermedades y maternidad y las correspondientes de los seguros de invalidez y vida, así como de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

c) Para los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio- las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad y las correspondientes de los seguros de invalidez y vida, así como de retiro y vejez.

d) Los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social- las prestaciones del seguro de riesgos de trabajo, las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad y las correspondientes de los seguros de invalidez y vida, así como de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

Dentro del régimen voluntario encontramos al seguro de salud para la familia (artículos 242 y 243). Este es un esquema de aseguramiento que permite a las familias mexicanas inscribirse al IMSS, y con ello protegerse médicamente a ellos y a sus familiares que vivan en México, o en el extranjero, cuando se encuentren en territorio nacional.

Se puede inscribir a familiares directos y adicionales; es decir, a esposa(o), concubina(rio), hijos, padre, madre (familiares directos), así como a abuelos, nietos, hermanos, primos, hijos de los hermanos y hermanos de los padres (familiares adicionales).

Este seguro otorga las siguientes prestaciones: asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria. Sin embargo, no es sujeto de aseguramiento el solicitante que presente enfermedades preexistentes.

La cuota correspondiente a este seguro es por sujeto, no por núcleo familiar. La cuota por sujeto se paga anualmente según el grupo de edad a que se pertenece; el monto se actualiza de acuerdo con el incremento del Índice de Precios al Consumidor. Para el 2012 fue de la siguiente manera: 0 a 19 años, \$1,371.25; 20 a 39 años, \$1,602.60; 40 a 59 años, \$2,395.40; 60 más años; \$3,604.70.<sup>180</sup>

Además, se contempla la continuación voluntaria en el régimen obligatorio. Este admite que el trabajador dado de baja del régimen obligatorio pueda continuar cotizando absorbiendo las cuotas obrero-patronales. Esta modalidad aplica para los seguros de invalidez y vida, y de retiro, cesantía y vejez (artículo 218).

Los seguros adicionales son aquellos contratados por los patrones cuando conceden a los trabajadores prestaciones por encima de las otorgadas por la ley (artículo 246, LSS). Estas pueden ser: aumentos de las cuantías; disminución de la edad mínima para su disfrute; modificación del salario promedio base del cálculo; en general, todo lo que se traduzca en coberturas y prestaciones superiores a las legales o en mejores condiciones de disfrute (artículo 247, LSS).

#### H. *Facultades y atribuciones del IMSS*

El IMSS tiene las facultades y atribuciones siguientes (artículo 251):

<sup>180</sup> Véase página electrónica del IMSS, en <http://www.imss.gob.mx/servicios/mexicanos/Pages/segaldfamilia.aspx>, consultado el 15 de julio de 2012.

1. Administrar los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales, salud para la familia, adicionales y otros, así como prestar los servicios de beneficio colectivo que señala esta Ley.

2. Satisfacer las prestaciones que se establecen en esta Ley.

3. Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones de esta Ley.

4. En general, realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir con sus fines, así como aquéllos que fueren necesarios para la administración de las finanzas institucionales.

5. Adquirir bienes muebles e inmuebles, para los fines que le son propios.

6. Establecer unidades médicas, guarderías infantiles, farmacias, velatorios, así como centros de capacitación, deportivos, culturales, vacacionales, de seguridad social para el bienestar familiar y demás establecimientos para el cumplimiento de los fines que le son propios, sin sujetarse a las condiciones salvo las sanitarias, que fijen las leyes y reglamentos respectivos para empresas privadas, con actividades similares.

7. Organizar sus unidades administrativas, conforme a la estructura orgánica autorizada.

8. Expedir lineamientos de observancia general para la aplicación para efectos administrativos de esta Ley.

9. Difundir conocimientos y prácticas de previsión y seguridad social.

10. Registrar a los patrones y demás sujetos obligados, inscribir a los trabajadores asalariados y precisar su base de cotización aun sin previa gestión de los interesados y a los trabajadores independientes a su solicitud, sin que ello libere a los obligados de las responsabilidades y sanciones por infracciones en que hubiesen incurrido.

11. Dar de baja del régimen obligatorio a los patrones, sujetos obligados y asegurados, verificada por el Instituto la desaparición o inexistencia del supuesto de hecho que dio origen a su aseguramiento, aun cuando el patrón o sujetos obligados hubiesen omitido presentar el aviso de baja respectivo, sin perjuicio de las sanciones previstas en esta Ley.

12. Recaudar y cobrar las cuotas de los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales, salud para la familia y adicionales, los capitales constitutivos, así como sus accesorios legales, percibir los demás recursos del Instituto, y llevar a cabo programas de regularización de pago de cuotas. De igual forma, recaudar y cobrar las cuotas y sus accesorios legales del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

13. Establecer los procedimientos para la inscripción, cobro de cuotas y otorgamiento de Prestaciones.

14. Determinar los créditos a favor del Instituto y las bases para la liquidación de cuotas y recargos, así como sus accesorios y fijarlos en cantidad líquida, cobrarlos y percibirlos, de conformidad con la presente Ley y demás disposiciones aplicables. Las liquidaciones de las cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez podrán ser emitidas y notificadas conjuntamente con las liquidaciones de las aportaciones y descuentos correspondientes al Fondo Nacional de la Vivienda por el personal del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, previo convenio de coordinación con el citado Instituto.

15. Determinar la existencia, contenido y alcance de las obligaciones incumplidas por los patrones y demás sujetos obligados en los términos de esta Ley, aplicando en su caso, los datos con los que cuente o con apoyo en los hechos que conozca con motivo del ejercicio de las facultades de comprobación de que goza como autoridad fiscal o bien, a través de los expedientes o documentos proporcionados por otras autoridades fiscales.

16. Ratificar o rectificar la clase y la prima de riesgo de las empresas para efectos de la cobertura de las cuotas del seguro de riesgos de trabajo.

17. Determinar y hacer efectivo el monto de los capitales constitutivos en los términos de esta Ley.

18. Ordenar y practicar visitas domiciliarias con el personal que al efecto se designe y requerir la exhibición de libros y documentos, a fin de comprobar el cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley y demás disposiciones aplicables.

19. Ordenar y practicar las investigaciones correspondientes en los casos de sustitución patronal y de responsabilidad solida-

ria previstos en esta Ley y en el Código, y emitir los dictámenes respectivos.

20. Establecer coordinación con las dependencias y entidades de las Administraciones Públicas Federal, Estatales y Municipales, para el cumplimiento de sus objetivos.

21. Revisar los dictámenes formulados por contadores públicos sobre el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley y sus reglamentos, así como imponer a dichos contadores públicos, en su caso, las sanciones administrativas establecidas en el reglamento Respectivo.

22. Realizar inversiones en sociedades y empresas que tengan objeto social complementario o afín al del propio Instituto.

23. Celebrar convenios de coordinación con la Federación, entidades federativas, municipios y sus respectivas administraciones públicas, así como de colaboración con el sector social y privado, para el intercambio de información relacionada con el cumplimiento de sus objetivos, en los términos previstos en esta Ley.

24. Promover y propiciar la realización de investigación en salud y seguridad social, utilizándola como una herramienta para la generación de nuevos conocimientos, para la mejoría de la calidad de la atención que se otorga y para la formación y capacitación del personal.

25. Aplicar el procedimiento administrativo de ejecución para el cobro de las liquidaciones que no hubiesen sido cubiertas oportunamente, con sujeción a las normas del Código y demás disposiciones aplicables.

26. Emitir y notificar por el personal del Instituto, las cédulas de determinación de las cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, conjuntamente con las liquidaciones de las aportaciones y descuentos correspondientes al fondo nacional de la vivienda, previo convenio de coordinación con el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, en dispositivos magnéticos, digitales, electrónicos o de cualquier otra naturaleza, o bien en documento impreso.

27. Hacer efectivas las fianzas que se otorguen en su favor para garantizar obligaciones fiscales a cargo de terceros, caso en que se estará exclusivamente a lo dispuesto por el Código.

28. Rectificar los errores aritméticos, omisiones u otros que aparezcan en las solicitudes, avisos o cédulas de determinación presentados por los patrones, para lo cual podrá requerirles la presentación de la documentación que proceda. Asimismo, el Instituto podrá requerir a los patrones, responsables solidarios o terceros con ellos relacionados, sin que medie visita domiciliaria, para que exhiban en las oficinas del propio Instituto, a efecto de llevar a cabo su revisión, la contabilidad, así como que proporcionen los datos, otros documentos o informes que se les requieran.

29. Autorizar el registro a los contadores públicos, para dictaminar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley y comprobar que cumplan con los requisitos exigidos al efecto en el reglamento respectivo.

30. Aprobar las normas y bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Instituto, cuando fuere notoria la imposibilidad práctica de su cobro o la incosteabilidad del mismo. La cancelación de estos créditos no libera al deudor de su obligación de pago.

31. Celebrar convenios con entidades o instituciones extranjeras para la asistencia técnica, intercambio de información relacionada con el cumplimiento de sus objetivos y la atención de derechohabientes, bajo el principio de reciprocidad, con las restricciones pactadas en los convenios que al efecto se suscriban, los cuales invariablemente tendrán una cláusula de confidencialidad y no difusión;

32. Celebrar convenios de cooperación e intercambio en materia de medicina preventiva, atención médica, manejo y atención hospitalaria y rehabilitación de cualquier nivel con otras instituciones de seguridad social o de salud de los sectores públicos federal, estatal o municipal o del sector social.

33. Celebrar convenios de reconocimiento de adeudos y facilidades de pago, relativos a cuotas obrero patronales, capitales constitutivos, actualización, recargos y multas; aprobar el cambio de garantía de dichos convenios, y la cancelación, de conformidad con las disposiciones aplicables, de créditos fiscales a favor del Instituto y a cargo de patrones no localizados o insolventes de acuerdo a los montos autorizados por el Consejo Técnico del Instituto.

34. Tramitar y, en su caso, resolver el recurso de inconformidad a que se refiere el artículo 294 de esta Ley, así como los recursos previstos en el Código, respecto al procedimiento administrativo de ejecución.

35. Declarar la prescripción de la obligación patronal de enterar las cuotas obrero patronales y los capitales constitutivos, cuando lo soliciten los patrones y demás sujetos obligados, en los términos del Código.

36. Prestar servicios a quienes no sean sus derechohabientes, a título oneroso, a efecto de utilizar de manera eficiente su capacidad instalada y coadyuvar al financiamiento de su operación y mantenimiento, siempre que ello no represente menoscabo en la calidad y calidez del servicio que debe prestar a sus derechohabientes.

37. Las demás que le otorguen esta Ley, sus reglamentos y cualquier otra disposición aplicable.

### I. *Administración del IMSS*

El IMSS cuenta con los siguientes órganos para su administración: *a)* órganos de operación administrativa desconcentrada, delegaciones estatales y regionales; y unidades médicas de alta especialidad; *b)* órganos colegiados integrados de manera tripartita por representantes del sector obrero, patronal y gubernamental; estos son: consejeros consultivos delegacionales y juntas de gobierno de las unidades médicas de alta especialidad, y *c)* órganos superiores del Instituto, como: Asamblea General; Consejo Técnico; Comisión de Vigilancia; Dirección General (artículo 257).

La Asamblea General (artículos 258-262) es la autoridad suprema del IMSS; se integra de treinta miembros designados en la forma siguiente: diez por el Ejecutivo Federal; diez por las organizaciones patronales, y diez por las organizaciones de trabajadores. Los miembros duran en su encargo seis años, y pueden ser reelectos. Esta Asamblea es presidida por el director general, y deberá reunirse ordinariamente una o dos veces al año, y extraordinariamente en cuantas ocasiones sea necesario.

La Asamblea General discute anualmente, para su aprobación o modificación, el estado de ingresos y gastos, el balance contable, el informe financiero y actuarial, el informe de actividades presentado por el director general, el programa de actividades y el presupuesto de ingresos y egresos para el año siguiente, así como el informe de la Comisión de Vigilancia.

También se examina anualmente, al realizar el informe financiero y actuarial, la suficiencia de los recursos para los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, y guarderías y prestaciones sociales, así como de salud para la familia y adicionales. Si el balance actuarial muestra un superávit, se destina a constituir un fondo de emergencia hasta el límite máximo del cincuenta por ciento de los ingresos anuales respectivos. Después de alcanzar este límite, el superávit se aplica, según la decisión de la Asamblea General, a mejorar las prestaciones de los seguros que se encuentren en este supuesto.

El Consejo Técnico es el órgano de gobierno, representante legal y el administrador del IMSS. Es presidido por el director general. Se integra por hasta doce miembros, de los cuales cuatro son designados por los representantes patronales en la Asamblea General, cuatro por los representantes de los trabajadores y cuatro a los representantes del Estado, con sus respectivos suplentes. El Ejecutivo Federal, cuando lo estime conveniente, podrá disminuir a la mitad la representación estatal. Además, el secretario de Hacienda y Crédito Público, el secretario de Salud, el secretario del Trabajo y Previsión Social y el director general, son consejeros del Estado. Los consejeros duran en su cargo seis años, y pueden ser reelectos (artículo 263).

Las atribuciones de Consejo Técnico son (artículo 264):

1. Decidir sobre las inversiones de las reservas y demás recursos del Instituto, con sujeción a lo previsto en esta Ley y sus reglamentos, excepto los provenientes del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.
2. Vigilar y promover el equilibrio financiero de todos los ramos de aseguramiento.

3. Resolver sobre las operaciones del Instituto, exceptuando aquellas que por su importancia ameriten acuerdo expreso de la Asamblea General.

4. Aprobar la estructura orgánica básica del Instituto, a efecto de proponerla al Ejecutivo Federal para su consideración en el Reglamento Interior.

5. Convocar a Asamblea General ordinaria o extraordinaria.

6. Discutir y aprobar el proyecto de presupuesto de ingresos y egresos del Instituto.

7. Autorizar la celebración de convenios relativos al pago de cuotas, pudiendo delegar esta facultad, a las unidades administrativas que señale el Reglamento Interior, así como emitir las disposiciones de carácter general sobre reversión de cuotas para los seguros que expresamente establece la Ley y las correspondientes a la prestación indirecta de servicios.

8. Conceder, rechazar y modificar las pensiones, que conforme a la Ley le corresponde otorgar al Instituto, pudiendo delegar estas facultades a las dependencias competentes.

9. Nombrar y remover a los trabajadores de confianza que ocupen el nivel jerárquico inmediato inferior al Director General del Instituto.

10. Aprobar las bases para la celebración de convenios de incorporación voluntaria al régimen Obligatorio.

11. Discutir, y en su caso, aprobar el programa de actividades que someta a su consideración el Director General.

12. Aprobar las bases para el establecimiento, organización y funcionamiento de un sistema de profesionalización y desarrollo de los trabajadores clasificados como de confianza "A" en el contrato colectivo de trabajo.

13. Establecer, en su caso, de común acuerdo con el sindicato de los trabajadores los términos en que ese sistema podrá hacerse extensivo a los trabajadores clasificados como de base y de confianza "B" en el contrato colectivo de trabajo y a la aplicación de los reglamentos derivados del mismo.

14. Conceder a derechohabientes del régimen, en casos excepcionales y previo el estudio socioeconómico respectivo, el disfrute de prestaciones médicas y económicas previstas por esta Ley, cuando no esté plenamente cumplido algún requisito legal y el otorgamiento del beneficio sea evidentemente justo o equitativo.

15. Conocer y resolver de oficio o a petición del Director General, aquellos asuntos que por su importancia, trascendencia o características especiales así lo ameriten.

16. Establecer las condiciones de aseguramiento y cotización de aquellos grupos de trabajadores que por sus actividades profesionales, la naturaleza de su trabajo, sus especiales condiciones de tiempo y lugar o por la índole de sus procesos productivos, no se adecuen a los requisitos generales del régimen obligatorio de esta Ley, a fin de hacerlos equitativos, respetando los elementos de sujeto, objeto, base, cuota, primas de financiamiento y época de pago de las cuotas, conforme a lo establecido en la presente Ley.

17. Expedir bases para extender, hasta los veinticinco años de edad, los derechos a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, que se otorgarán dentro del territorio nacional, a los hijos de trabajadores mexicanos asegurados que laboren en el extranjero y que se encuentren estudiando fuera del país en planteles educativos equiparables a los del sistema educativo nacional.

La Comisión de Vigilancia es designada por la Asamblea General. Está compuesta por seis miembros. Para formar la Comisión, cada uno de los sectores representativos que constituyen la Asamblea proponen dos miembros propietarios y dos suplentes, quienes duran en sus cargos seis años, y pueden ser reelectos.

Al menos uno de los miembros designados por el Ejecutivo Federal deberá estar adscrito a la Secretaría de la Función Pública. El Ejecutivo Federal, cuando lo estime conveniente, podrá disminuir a la mitad la representación estatal (artículo 265).

La Comisión de Vigilancia tiene las siguientes atribuciones (artículo 266):

1. Vigilar que las inversiones se hagan de acuerdo con las disposiciones de esta Ley y sus Reglamentos.

2. Practicar la auditoría de los balances contables y al informe financiero y actuarial a que se refiere el artículo 261 de esta Ley, así como comprobar los avalúos de los bienes materia de operaciones del Instituto.

3. Sugerir a la Asamblea General, al Consejo Técnico, y a la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, en su caso, las medidas que juzgue convenientes para mejorar el funcionamiento de los seguros que ampara esta Ley.

4. Presentar ante la Asamblea General un dictamen sobre el informe de actividades y los estados financieros presentados por el Consejo Técnico, para cuyo efecto éstos le serán dados a conocer con la debida oportunidad.

5. En casos graves y bajo su responsabilidad, citar a Asamblea General Extraordinaria.

La Dirección General es presidida por el director general, quien es nombrado por el presidente de la República. El director debe ser mexicano por nacimiento sin otra nacionalidad y estar en pleno goce y ejercicio de sus derechos civiles y políticos (artículo 267).

El director general tiene las siguientes atribuciones (artículo 268):

1. Presidir las sesiones de la Asamblea General y del Consejo Técnico.
2. Ejecutar los acuerdos del Consejo.
3. Representar legalmente al Instituto.
4. Presentar anualmente al Consejo el informe de actividades, así como el programa de labores y el presupuesto de ingresos y egresos para el siguiente período.
5. Presentar anualmente al Consejo Técnico el balance contable y el estado de ingresos y Gastos.
6. Presentar anualmente al Consejo Técnico el informe financiero y actuarial.
7. Proponer al Consejo la designación o destitución de los trabajadores de confianza mencionados en la fracción IX del artículo 264.
8. Nombrar y remover a los trabajadores de confianza a que se refiere el artículo 256 de la Ley, facultad que podrá ser delegada.
9. Realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir con los fines del Instituto.

10. Ejercer las funciones en materia de presupuesto, conforme a lo dispuesto en esta Ley.

11. Presentar anualmente al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión los informes correspondientes.

## *2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*

La predecesora del ISSSTE fue la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro; era un organismo público descentralizado con atribución pública y personalidad jurídica propias, que surgió con la expedición de la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro el 12 de agosto de 1925.

El 1 de noviembre de 1938 surgió la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE), que promulgó su Estatuto Jurídico, que daba a los trabajadores del Estado personalidad jurídica propia y se garantizaba la seguridad en el empleo y la libre asociación para la defensa de sus intereses.

El 5 de marzo de 1946 se expidió una nueva Ley de Pensiones Civiles, cuya vigencia fue suspendida por el Congreso, y solo se aplicó a los trabajadores del magisterio y a los veteranos de la revolución.

En 1947, la Ley de Pensiones se reformó, extendiendo la gama de prestaciones, mejoró la calidad de las ya existentes e incorporó el régimen de la seguridad social a un mayor número de trabajadores y organismos públicos.

Con esta Ley, parte de los fondos de pensiones fueron canalizados a la construcción de colonias burocráticas; en lo que se refiere a los servicios médicos, se amparó por primera vez a los trabajadores al servicio del Estado, cubriendo únicamente accidentes laborales a través de servicios subrogados a hospitales particulares.

En 1959 se transforma y adiciona el apartado B del artículo 123 constitucional, donde se incorporan las garantías que proponía la FSTSE para los servidores públicos. Así, en 1960, con la

publicación en el *Diario Oficial de la Federación* de la primera Ley del ISSSTE, la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transformó en el ISSSTE, y con ello también se volvieron obligatorias algunas prestaciones que habían sido solo complementarias.<sup>181</sup>

La Ley del ISSSTE (LISSSTE) vigente fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de marzo de 2007; consta de 254 artículos distribuidos en seis títulos, disposiciones generales, del régimen obligatorio, cada uno a su vez dividido en capítulos, y varios artículos transitorios.

Destaca el artículo primero que su ámbito de aplicación es toda la República, y que es de orden público y de interés social; asimismo, que se aplicará a las dependencias, entidades, trabajadores al servicio civil, pensionados y familiares derechohabientes, de los tres órganos de gobierno, así como los órganos jurisdiccionales autónomos y órganos con autonomía constitucional de las esferas federal y estatal como del gobierno del Distrito Federal.

La seguridad social de los trabajadores se divide en dos regímenes (artículo 2o.): obligatorio y voluntario. En cuanto al régimen obligatorio, los seguros, prestaciones y servicios a que tienen derecho los trabajadores del Estado son los que se muestran en el cuadro siguiente.

<i>Seguros obligatorios (artículo 3o.)</i>	<i>Prestaciones y servicios obligatorios (artículo 4o.)</i>
I. De salud, que comprende: a) Atención médica preventiva; b) Atención médica curativa y de maternidad, c) Rehabilitación física y mental;	I. Préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda, en sus modalidades de adquisición en propiedad de terrenos o casas habitación, construcción, reparación, ampliación o mejoras de las mismas; así como para el pago de pasivos adquiridos por estos conceptos;

<sup>181</sup> Véase página electrónica del ISSSTE, en <http://www.issste.gob.mx/instituto/historia.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

<i>Seguros obligatorios (artículo 3o.)</i>	<i>Prestaciones y servicios obligatorios (artículo 4o.)</i>
II. De riesgos del trabajo;	II. Préstamos personales: a) Ordinarios; b) Especiales; c) Para adquisición de bienes de consumo duradero, y d) Extraordinarios para damnificados por desastres naturales;
III. De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y	III. Servicios sociales, consistentes en: a) Programas y servicios de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar; b) Servicios turísticos; c) Servicios funerarios, y d) Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil;
IV. De invalidez y vida.	IV. Servicios culturales, consistentes en: a) Programas culturales; b) Programas educativos y de capacitación; c) Atención a jubilados, pensionados y discapacitados, y d) Programas de fomento deportivo.

El seguro de salud tiene por objeto proteger, promover y restaurar la salud de sus derechohabientes, otorgando servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad. El seguro de salud incluye los componentes de atención médica preventiva, atención médica curativa y de maternidad y rehabilitación física y mental (artículo 27).

Los servicios médicos correspondientes al seguro de salud son los siguientes:

## SERVICIOS MÉDICOS CORRESPONDIENTES AL SEGURO DE SALUD

<i>La atención médica preventiva (artículo 34)</i>	<i>Atención médica curativa y de maternidad y rehabilitación, física y mental (artículo 35)</i>
El control de enfermedades prevenibles por vacunación	Medicina familiar
El control de enfermedades transmisibles	Medicina de especialidades
Los programas de autocuidado y de detección oportuna de padecimientos	Gerontológico y geriátrico
Educación para la salud	Traumatología y urgencias
Programas de combate a la drogadicción, el alcoholismo y el tabaquismo	Oncológico
Salud reproductiva y planificación familiar	Quirúrgico
Atención materno-infantil	Extensión hospitalaria
Salud bucal	
Educación nutricional	
Salud mental	
Atención primaria a la salud	
Envejecimiento saludable	
Prevención y rehabilitación de pacientes con capacidades disminuidas	
Las demás actividades que determine como tales la Junta Directiva de acuerdo con las posibilidades financieras del seguro de salud	

Los riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en el ejercicio o con motivo del trabajo. Los accidentes de trabajo son toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte producida repentinamente en el ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste, así como aquellos que ocurran al trabajador al trasladarse directamente de

su domicilio o de la estancia de bienestar infantil de sus hijos, al lugar en que desempeñe su trabajo, o viceversa.

Asimismo, se consideran riesgos del trabajo las enfermedades señaladas por las leyes del trabajo. Los riesgos del trabajo pueden producir incapacidad temporal; incapacidad parcial, incapacidad total, y muerte (artículo 56), por los cuales tendrán derecho al goce de una pensión.

El trabajador que sufra un riesgo del trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en especie: diagnóstico, asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica; servicio de hospitalización; aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación (artículo 61).

En cuanto al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, los trabajadores tienen derecho a contar con una cuenta individual operada por el Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado (Pensionissste)<sup>182</sup> o por una administradora que elija libremente. La cuenta individual se integra por las subcuentas de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, del Fondo de la Vivienda, de ahorro solidario, de aportaciones complementarias de retiro, de aportaciones voluntarias y de ahorro a largo plazo (artículo 76).

Respecto del seguro de retiro, los trabajadores tienen derecho a un seguro de retiro antes de cumplir las edades y el tiempo de cotización establecidos para la edad avanzada y vejez, siempre y cuando la pensión que se le calcule en el sistema de renta vitalicia sea superior en más del 30% a la pensión garantizada,<sup>183</sup> una vez cubierta la prima del seguro de sobrevivencia para sus familiares derechohabientes (artículo 80).

<sup>182</sup> Órgano público desconcentrado del Instituto dotado de facultades ejecutivas, con competencia funcional, que tiene a su cargo administrar cuentas individuales, e invertir los recursos de las cuentas individuales que administre, excepto los de la subcuenta del Fondo de la Vivienda.

<sup>183</sup> La “Pensión Garantizada es aquella que el Estado asegura a quienes reúnan los requisitos señalados para obtener una Pensión por cesantía en edad avanzada o vejez y su monto mensual será la cantidad de tres mil treinta y cuatro pesos con veinte centavos, moneda nacional, misma que se actualizará anualmente, en el mes de febrero, conforme al cambio anualizado del Índice Nacional de Precios al Consumidor”, artículo 92.

La pensión por cesantía en edad avanzada aplica a partir de los sesenta años de edad del trabajador. Para gozar de las prestaciones de cesantía en edad avanzada se requiere que el trabajador tenga un mínimo de veinticinco años de cotización reconocidos por el Instituto. El trabajador cesante que tenga sesenta años o más y no reúna los años de cotización puede retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir los años necesarios para que opere su pensión (artículo 84). La cesantía por edad avanzada, además de la pensión, obliga al otorgamiento de un seguro de salud (artículo 85).

El seguro de vejez da derecho al trabajador al otorgamiento de una pensión y al seguro de salud (artículo 88). Para tener derecho al goce de las prestaciones del seguro de vejez, se requiere que el trabajador o pensionado por riesgos del trabajo o invalidez haya cumplido sesenta y cinco años de edad y tenga reconocidos por el Instituto un mínimo de veinticinco años de cotización. En caso de que no se cumpla con los anteriores requisitos, se podrá retirar el saldo de la cuenta individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir los años necesarios para que opere su pensión (artículo 89).

Los riesgos protegidos por el seguro de invalidez y vida son la invalidez y la muerte del trabajador o pensionado (artículo 114). El otorgamiento de las prestaciones por este seguro requiere del cumplimiento de periodos de espera, medidos en años de cotización reconocidos por el Instituto, según se señala en las disposiciones relativas a cada uno de los riesgos amparados (artículo 115).

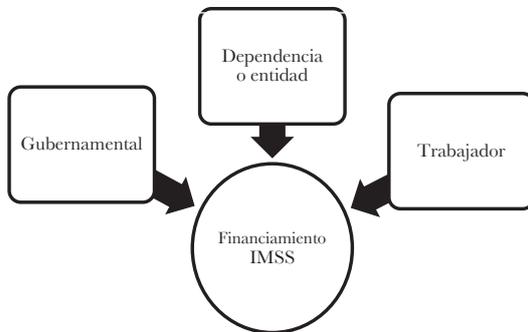
Existe invalidez cuando el trabajador activo se quede imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual, percibida durante el último año de trabajo, y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional (artículo 118). La pensión por invalidez se otorgará a los trabajadores que se inhabiliten física o mentalmente por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo, si hubiesen contribuido con sus cuotas al Instituto cuando menos durante cinco años.

En el caso en que el dictamen respectivo determine el 75% o más de invalidez, solo se requerirá que hubieran contribuido con sus cuotas al Instituto cuando menos durante tres años.

La pensión por causa de muerte opera en caso de que la muerte del trabajador ocurra por causas ajenas al servicio, cualquiera que sea su edad, y siempre que hubiera cotizado al Instituto por tres años o más. Da origen a las pensiones de viudez, concubinatio, orfandad o ascendencia (artículo 129).

Respecto al financiamiento de los seguros, prestaciones y servicios que el ISSSTE ofrece a los trabajadores del Estado, es tripartita, participan los trabajadores, las dependencias o entidades del Estado (empleador) y el Estado. Es decir, el empleador es el mismo Estado; por lo tanto, su participación es doble: como empleador y como gobierno.

#### A. *Financiamiento del ISSSTE*



Las cuotas y aportaciones se efectúan sobre el sueldo básico, estableciéndose como límite inferior un salario mínimo, y como límite superior, el equivalente a diez veces dicho salario mínimo. El sueldo básico es el sueldo del tabulador regional que para cada puesto se haya señalado. Es el sueldo básico, hasta el límite superior equivalente a diez veces el salario mínimo del Distrito Federal, el que se toma en cuenta para determinar el monto de

los beneficios en los seguros de riesgos del trabajo e invalidez y vida (artículo 17).

Las aportaciones se distribuyen de la siguiente manera para cubrir los seguros, prestaciones y servicios.

<i>Ramo</i>	<i>Gubernamental</i>	<i>Dependencias y entidades</i>	<i>Trabajador</i>
Seguro de salud	13.9% del SMG/DF vigente al día primero de julio de mil novecientos noventa y siete actualizado trimestralmente conforme al ÍNPC al día de la entrada en vigor de la Ley como cuota social diaria por trabajador. La cantidad inicial que resulte, a su vez, se actualizará trimestralmente, conforme al ÍNPC (artículo 42, f. III).	7.375% del SB para trabajadores en activo y familiares derechohabientes.  0.72% SB para pensionados y familiares derechohabientes (artículo 42, f. II).	2.75% del SB para trabajadores en activo y familiares derechohabientes.  0.625% del SB para pensionados y familiares derechohabientes (artículo 42, f. I).
Riesgos de trabajo		0.75% del SB	
Retiro, cesantía, edad avanzada y vejez	5.5% de SMG/DF vigente al 1o. de julio de 1997 actualizado trimestralmente conforme al ÍNPC al día de la entrada en vigor de la Ley como cuota social diaria por trabajador. La cantidad inicial que resulte, a su vez, se ac-	Retiro. -2% SB  Cesantía, edad avanzada y vejez. 3.175 % SB (artículo 102, f. II).	6.125 % del SB (artículo 102, f. I).

<i>Ramo</i>	<i>Gubernamental</i>	<i>Dependencias y entidades</i>	<i>Trabajador</i>
	tualizará trimestralmente, conforme al INPC (artículo 102, f. III).		
Invalidez y vida		0.625% SB (artículo 140, f. II).	0.625% del SB (artículo 140, f. I).
Préstamos personales		Fondo constituido al efecto en el ISSSTE (artículo 193, LISSSTE).	
Fondo de la vivienda			5% SB (artículo 195, LISSSTE).
Servicios sociales y culturales		0.5% del SB; más el 50% del costo unitario por cada uno de los hijos de sus trabajadores que hagan uso del servicio en las estancias de bienestar infantil. El costo se determina anualmente por la junta directiva (artículo 199, f. II, LISSSTE).	0.5% del SB (artículo 199, f. I, LISSSTE).

### B. Régimen voluntario

Respecto al régimen voluntario, existen dos maneras de pertenecer a ello: la continuación voluntaria en el régimen obligatorio y la incorporación voluntaria al régimen obligatorio. El primero se da cuando el trabajador deja de prestar sus servicios en alguna dependencia o entidad y no tiene calidad de pensionado. Éste puede solicitar, por escrito, dentro de los sesenta días siguientes al de la baja del empleo, la continuación voluntaria en

todos o alguno de los seguros del régimen obligatorio, con excepción del seguro de riesgos del trabajo y, al efecto, cubrir íntegramente las cuotas y aportaciones que correspondan conforme a lo dispuesto por el régimen financiero de los seguros en que desee continuar voluntariamente (artículos 200 y 201).

La incorporación voluntaria al régimen obligatorio se da mediante la celebración de convenios entre el ISSSTE y los gobiernos de las entidades federativas o de los municipios y sus dependencias y entidades, con aprobación de la Secretaría de Hacienda, a fin de que sus trabajadores y familiares derechohabientes reciban los seguros, prestaciones y servicios del régimen obligatorio (artículo 204).

El ISSSTE tiene las siguientes funciones (artículo 208):

1. Cumplir con los programas aprobados para otorgar los seguros, prestaciones y servicios a su cargo.
2. Emitir las resoluciones que reconozcan el derecho a las Pensiones.
3. Determinar, vigilar, recaudar y cobrar el importe de las Cuotas y Aportaciones, así como los demás recursos del Instituto, por lo que se refiere al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, el entero de las Cuotas y Aportaciones correspondientes, se realizará mediante los sistemas o programas informáticos que determine la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.
4. Invertir los Fondos de las Reservas de acuerdo con las disposiciones de esta Ley.
5. Adquirir o enajenar los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus fines.
6. Establecer la estructura y funcionamiento de sus unidades administrativas conforme a su presupuesto aprobado y el estatuto orgánico que al efecto emita la Junta Directiva.
7. Administrar los seguros, prestaciones y servicios previstos en esta Ley.
8. Difundir conocimientos y prácticas de previsión social.
9. Expedir los reglamentos para la debida prestación de los servicios y de organización interna.

10. Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requieran los seguros,
11. Prestaciones y servicios previstos en esta Ley.
12. Las demás funciones que le confieran esta Ley y sus reglamentos.

Los órganos de gobierno del Instituto son (artículo 209): la Junta Directiva; el director general; la Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda; la Comisión Ejecutiva del Pensionisste, y la Comisión de Vigilancia.

La Junta Directiva se compone de diecinueve miembros: el director general del Instituto, el cual presidirá la Junta Directiva; el titular y dos subsecretarios de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como los titulares de las secretarías de Salud, de Desarrollo Social, del Trabajo y Previsión Social, de Medio Ambiente y Recursos Naturales y de la Función Pública, y el director general del IMSS, y nueve representantes de las organizaciones de trabajadores. Por cada miembro de la Junta Directiva se nombrará un suplente, que actuará en caso de faltas temporales del propietario, debiendo tratarse de un funcionario con el rango inmediato inferior al del miembro propietario (artículo 210).

Corresponde a la Junta Directiva (artículo 214):

1. Autorizar los planes y programas que sean presentados por la Dirección General para las operaciones y servicios del Instituto.
2. Examinar para su aprobación y modificación, el programa institucional y los programas operativos anuales de acuerdo con lo establecido en la Ley de Planeación, así como los estados financieros del Instituto.
3. Examinar y aprobar anualmente el presupuesto de gastos de administración, operación y vigilancia del Instituto.
4. Aprobar las políticas de inversión del Instituto, a propuesta del Comité de Inversiones, excepto tratándose del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y el programa anual de Reservas actuariales y financieras que deban constituirse para asegurar el otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios que determina esta Ley, así como el cumplimiento de sus fines.

5. Conocer y aprobar en su caso, en el primer bimestre del año, el informe del estado que guarde la administración del Instituto.

6. Aprobar el estatuto orgánico y los reglamentos necesarios para la operación del Instituto propuestos por el Director General.

7. Establecer o suprimir delegaciones del Instituto en las Entidades Federativas.

8. Autorizar al Director General a celebrar convenios con los gobiernos de las Entidades Federativas o de los municipios o sus Dependencias o Entidades, a fin de que sus Trabajadores y Familiares Derechohabientes aprovechen los seguros, prestaciones y servicios que comprende el régimen de esta Ley.

9. Dictar los acuerdos y resoluciones a que se refiere el artículo 219 de esta Ley.

10. Dictar los acuerdos que resulten necesarios para otorgar los beneficios previstos en los seguros, prestaciones y servicios establecidos en esta Ley.

11. Constituir a propuesta del Director General, un Consejo Asesor Científico y Médico.

12. Nombrar y remover al personal de confianza del primer nivel del Instituto, a propuesta del Director General, sin perjuicio de las facultades que al efecto le delegue.

13. Conferir poderes generales o especiales, de acuerdo con el Director General.

14. Otorgar premios, estímulos y recompensas a los servidores públicos del Instituto, de conformidad con lo que establece la ley de la materia.

15. Proponer al Ejecutivo Federal los proyectos de reformas a esta Ley.

16. En relación con el Fondo de la Vivienda: *a)* Examinar y, en su caso, aprobar el presupuesto de ingresos y egresos, así como los programas de labores y de financiamiento del Fondo de la Vivienda para el siguiente año *b)* Examinar y, en su caso, aprobar, en el primer bimestre del año, el informe de actividades de la Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda y, dentro de los cuatro primeros meses del año, los estados financieros que resulten de la operación en el último ejercicio; *c)* Establecer las reglas para el otorgamiento de créditos; *d)* Examinar y, en su caso, aprobar anualmente el presupuesto de gastos de administración, operación

y vigilancia del Fondo de la Vivienda, los que no deberán exceder del cero punto setenta y cinco por ciento de los recursos totales que maneje; *e*) Aprobar los programas de inversión y de Reservas que deben constituirse para asegurar la operación del Fondo de la Vivienda y el cumplimiento de los demás fines y obligaciones del mismo; *f*) Vigilar que los créditos y los financiamientos que se otorguen se destinen a los fines para los que fueron programados, y *g*) Las demás funciones necesarias para el cumplimiento de los fines del Fondo de la Vivienda.

17. En relación con el Pensionisste: *a*) Examinar y, en su caso, aprobar el presupuesto de ingresos y egresos, así como los programas de labores y de inversión del Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado; *b*) Examinar y, en su caso, aprobar en el primer bimestre del año, el informe de actividades de la Comisión Ejecutiva del Pensionisste y, dentro de los cuatro primeros meses del año, los estados financieros que resulten de la operación en el último ejercicio; *c*) Examinar y, en su caso, aprobar a propuesta de la Comisión Ejecutiva del Pensionisste, la estrategia de inversión de los recursos; *d*) Examinar y, en su caso, aprobar anualmente el presupuesto de gastos de administración, operación y vigilancia del Pensionisste; *e*) Examinar y, en su caso, aprobar a propuesta de la Comisión Ejecutiva del Pensionisste, el programa de Reservas que deben constituirse para asegurar la operación del Pensionisste y el cumplimiento de los demás fines y obligaciones del mismo; *f*) Autorizar la constitución de sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro, y *g*) Las demás funciones necesarias para el cumplimiento de los fines del Pensionisste.

18. Aprobar mecanismos de contribución solidaria entre el Instituto y sus Derechohabientes.

19. Presentar al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y al Congreso de la Unión, a más tardar el 30 de junio de cada año, un informe dictaminado por auditor externo, que incluya, al menos, los siguientes elementos: *a*) La situación financiera de cada uno de los seguros ofrecidos por el Instituto, y actuarial de sus reservas, aportando elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios

derivados de cada seguro; *b*) Los posibles riesgos, contingencias y pasivos que se están tomando en cada seguro y la capacidad financiera del Instituto para responder a ellos en función de sus ingresos y las reservas disponibles; *c*) Estimaciones sobre las posibles modificaciones a las Cuotas y Aportaciones de cada seguro, en su caso, que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto, y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas, y *d*) La situación de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan su gasto por más de un ejercicio fiscal.

20. En general, realizar todos aquellos actos y operaciones autorizados por esta Ley y los que fuesen necesarios para la mejor administración y gobierno del Instituto.

La Junta Directiva sesiona una vez cada tres meses, pudiendo además celebrar las sesiones extraordinarias que se requieran (artículo 215).

El director general representa legalmente al Instituto, es auxiliado por los servidores públicos de confianza que al efecto señale el estatuto orgánico. Tiene las obligaciones y facultades siguientes (artículo 220 y 221):

1. Ejecutar los acuerdos de la Junta Directiva del Instituto y representar a éste en todos los actos que requieran su intervención.
2. Convocar a sesiones a los miembros de la Junta Directiva.
3. Someter a aprobación de la Junta Directiva: *a*) El programa institucional; *b*) El programa de administración y constitución de Reservas; *c*) El programa operativo anual de acuerdo con lo establecido en la Ley de Planeación; *d*) El programa anual de préstamos; *e*) Los estados financieros del Instituto, y *f*) El informe financiero y actuarial;
4. Presentar a la Junta Directiva un informe anual del estado que guarde la administración del Instituto.
5. Someter a la Junta Directiva los proyectos de estatuto orgánico y reglamentos previstos en esta Ley.
6. Expedir los manuales de organización, de procedimientos y de servicios al público así como las disposiciones y lineamientos

normativos distintos a los reglamentos expedidos por el Titular del Ejecutivo Federal, necesarios para la operación del Instituto.

7. Proponer a la Junta Directiva el nombramiento y, en su caso, la remoción de los servidores públicos de primer nivel del Instituto y nombrar a los Trabajadores de base y de confianza de los siguientes niveles, sin perjuicio de la delegación de facultades para este efecto.

8. Resolver, bajo su inmediata y directa responsabilidad, los asuntos urgentes a reserva de informar a la Junta Directiva sobre las acciones realizadas y los resultados obtenidos.

9. Formular el calendario oficial de actividades del Instituto y conceder licencias al personal, vigilar sus labores e imponer las correcciones disciplinarias procedentes conforme a las condiciones generales de trabajo, sin perjuicio de la delegación de facultades.

10. Presidir las sesiones del Comité de Control y Auditoría.

11. Firmar las escrituras públicas y títulos de crédito en que el Instituto intervenga, representar al Instituto en toda gestión judicial, extrajudicial y administrativa, y llevar la firma del Instituto, sin perjuicio de poder delegar dichas facultades.

12. Informar bimestralmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público sobre el incumplimiento en el pago de Cuotas y Aportaciones.

13. Hacer pública, la información del incumplimiento de Cuotas y Aportaciones.

14. Ejercitar y desistirse de las acciones legales.

15. Formular los programas institucionales de corto, mediano y largo plazo, así como los presupuestos del Instituto y presentarlos para su aprobación a la Junta Directiva.

16. Establecer los mecanismos de evaluación de desempeño del Instituto.

17. Establecer las medidas que aseguren la solidez financiera a largo plazo del Instituto.

18. Presidir las sesiones de la Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda y del Pensionisste, facultad que podrá ser delegada en el Vocal Ejecutivo respectivo.

19. Proponer a la Junta Directiva el nombramiento de los Vocales Ejecutivos del Fondo de la Vivienda y del Pensionisste.

20. Las demás que le fijen las leyes o los reglamentos y aquellas que expresamente le asigne la Junta Directiva.

La Comisión de Vigilancia se integra de once miembros, con voz y voto, como a continuación se indica (artículo 222): dos representantes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; dos representantes de la Secretaría de la Función Pública; un representante de la Secretaría de Salud; un representante del Instituto, designado por el director general, que actuará como secretario técnico, y cinco representantes designados por las organizaciones de trabajadores.

La Junta Directiva cada doce meses designará de entre los miembros de la Comisión de Vigilancia representantes del gobierno federal, a quien deba presidirla. La presidencia será rotativa; en caso de inasistencia del presidente y su suplente, el secretario técnico presidirá la sesión de trabajo. Por cada miembro de la Comisión de Vigilancia se nombrará un suplente, que actuará en caso de faltas temporales del titular, debiendo tratarse de un funcionario con el rango inmediato inferior al del miembro propietario.

La Comisión de Vigilancia se reúne en sesión cuantas veces sea convocada por su presidente o a petición de dos de sus miembros. Además, presentará un informe anual a la Junta Directiva sobre el ejercicio de sus atribuciones. Los miembros pueden solicitar concurrir a las reuniones de la Junta Directiva, para tratar asuntos urgentes relacionados con las atribuciones de la Comisión (artículo 223). Sus atribuciones son (artículo 224):

1. Vigilar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias aplicables al Instituto.
2. Verificar que las inversiones y los recursos del Instituto se destinen a los fines previstos en los presupuestos y programas aprobados.
3. Disponer la práctica de auditorías en todos los casos en que lo estime necesario, pudiendo auxiliarse con las áreas afines del propio Instituto.

4. Proponer a la Junta Directiva o al Director General, según sus respectivas atribuciones, las medidas que juzgue apropiadas para alcanzar mayor eficacia en la administración de los seguros, prestaciones y servicios.

5. Examinar los estados financieros y la valuación financiera y actuarial del Instituto, verificando la suficiencia de las Cuotas y Aportaciones y el cumplimiento de los programas anuales de constitución de Reservas.

6. Analizar la información relativa al entero de Cuotas y Aportaciones.

7. Designar a los auditores externos que auxilien a la comisión en las actividades que así lo requieran.

8. Conformar, a través de la Secretaría Técnica, los grupos de trabajo que estime necesarios, para el cumplimiento de las fracciones I, II y III del presente artículo.

Las que le fijen el estatuto orgánico del Instituto y las demás disposiciones legales aplicables.

### 3. *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSSFAM) (Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y su reglamento)*

El ISSSFAM es una institución que proporciona seguridad social a los miembros en activo y en situación de retiro de las fuerzas armadas, sus derechohabientes, pensionistas y beneficiarios. Esto incluye a miembros de la Secretaría de la Marina (Semar) y de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena). Sus beneficios son parecidos a los del IMSS y a los del ISSSTE.

Conforme a la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (LISSFAM) publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 9 de julio de 2003, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas es un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene entre sus funciones (artículos 1o. y 2o, LISSFAM):

1. Otorgar las prestaciones y administrar los servicios a su cargo que la LISSFAM le encomienda.

2. Administrar su patrimonio exclusivamente para el fin señalado en la LISSFAM.

4. Administrar los fondos que reciba con un destino específico, aplicándolos a los fines previstos.

5. Administrar los recursos del Fondo de la Vivienda para los miembros del activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, a fin de establecer y operar un sistema de financiamiento que les permita obtener crédito barato y suficiente para: *a)* La adquisición en propiedad de habitaciones cómodas e higiénicas, incluyendo las sujetas al régimen de condominio; *b)* La construcción, reparación, ampliación o mejoramiento de sus habitaciones, y *c)* El pago de pasivos contraídos por los conceptos anteriores.

6. Coordinar y financiar con recursos del Fondo de la Vivienda programas de construcción de habitaciones destinadas a ser adquiridas en propiedad por los miembros del Ejército, Fuerza Aérea y Armada.

7. Adquirir todos los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus cometidos.

8. Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones especiales de esta Ley.

9. Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requiera el servicio.

10. Organizar sus dependencias y fijar la estructura y funcionamiento de las mismas.

11. Expedir el estatuto orgánico, manuales, normas y procedimientos interiores para la debida prestación de los servicios y para su organización interna.

12. Difundir conocimientos y orientaciones sobre prácticas de previsión social.

En cuanto al patrimonio, se constituye por los bienes, derechos y obligaciones que integran sus inventarios y registros; las cuotas que aporten los militares y sus familiares derechohabientes en los términos que para este objeto establezcan las disposiciones legales; las aportaciones del gobierno federal señaladas en esta

ley, para prestaciones específicas; una cantidad anual a cargo del gobierno federal, equivalente a un 15% de los haberes, haberes de retiro y de las pensiones de los miembros de las fuerzas armadas mexicanas y de sus familiares, según corresponda, para las demás prestaciones que conforme a esta Ley deba otorgar el Instituto; los bienes que por cualquier título adquiriera el Instituto, así como los rendimientos y remanentes que obtenga por virtud de sus operaciones, y los fondos del seguro de vida militar, colectivo de retiro y de la vivienda militar (artículo 3o. LISSFAM).

Las prestaciones que se otorgarán son las siguientes:

### PRESTACIONES DE SEGURO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS (ARTÍCULO 18, LISSFAM)

<i>Haber de retiro</i>	<i>Pensión</i>	<i>Compensación</i>
Pagas de defunción	Ayuda para gastos de sepelio	Fondo de trabajo
Fondo de ahorro	Seguro de vida	Seguro colectivo de retiro
Venta de casas y departamentos	Ocupación temporal de casas y departamentos, mediante cuotas de recuperación	Préstamos hipotecarios y a corto plazo
Tiendas, granjas y centros de servicio	Servicios turísticos	Casas hogar para retirados
Centros de bienestar infantil	Servicio funerario	Becas y créditos de capacitación científica y tecnológica
Centros de capacitación, desarrollo y superación para derechohabientes	Centros deportivos y de recreo	Orientación social
Servicio médico integral	Farmacias económicas	Vivienda
Beca de manutención	Beca escolar	Beca especial

El órgano de gobierno del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas tiene un órgano de gobierno, que es la Junta Directiva. Esta se integra por nueve miembros: tres designados por la Secretaría de la Defensa Nacional, tres por la de Marina y tres por la de Hacienda y Crédito Público (artículo 5o., LISSFAM). Además, tiene un director general, un subdirector general y la cantidad de directores de área necesarios para el eficaz funcionamiento (artículo 7o., LISSFAM). Cuenta con un órgano de vigilancia y un órgano interno de control (artículo 8o. y 9o., LISSFAM)

#### 4. *Otras instituciones de seguridad social*

Existen otras instituciones que proporcionan seguridad social a sus empleados, como Petróleos Mexicanos (Pemex), Luz y Fuerza del Centro (LFC), la Comisión Federal de Electricidad (CFE) y Banca de Desarrollo de México. Respecto de los trabajadores de Pemex, no cotizan al IMSS, tienen un plan de pensiones independiente; por su parte, los trabajadores de la banca de desarrollo, CFE y LFC sí cotizan al IMSS, pero cuentan con un plan complementario al de ese Instituto.

Los asegurados de Pemex cuentan con beneficios parecidos a los del IMSS e ISSSTE: atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primero, segundo y tercer niveles, así como cobertura farmacéutica y de rehabilitación, seguro por riesgos de trabajo, jubilación e invalidez.

Para 2010, la población derechohabiente, es decir, que cuenta con seguro social atado al empleo, era de 68.025,134; además, 43.518,719 contaba con seguro del Sistema de Protección Social en Salud. Conforme al INEGI, la población total al 2010 era de 112.322,757.

## POBLACIÓN CON SEGURIDAD SOCIAL ATADO AL EMPLEO (2010)<sup>184</sup>

IMSS	ISSSTE	Sedena	Semar	Pemex	Estatales	Total
52.310,086	10.065,861	1.048,136	239,568	742,556	1.691,434	68.025,134

El IMSS cubre a más de 80% de la población derechohabiente; el ISSSTE a 18%, y Pemex, Sedena y Semar de manera conjunta al 1%. Todos los anteriores, en unidades y con médicos y enfermeras propios.<sup>185</sup> Conforme a las estimaciones con base en las proyecciones de la población de México 2005-2030, la población estimada a la mitad de 2012 es de 110.022,552, de los cuales 50.046,994 cuenta con seguridad social y 59.975,558 no cuenta con seguridad social;<sup>186</sup> es decir, más del 50% de la población no cuenta con seguro social.

### IX. SEGURIDAD SOCIAL NO ATADA AL EMPLEO

#### 1. *El Sistema de Protección Social en Salud*

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se creó en 2004, con el propósito de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de la población sin acceso a la seguridad social. El SPSS son las acciones que en materia de protección social en salud proveen los regímenes estatales de protección social en salud (REPS).<sup>187</sup> Estas acciones son coordinadas por la Secretaría de

<sup>184</sup> Véase página electrónica del INEGI, en <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01>, consultado el 15 de julio de 2012.

<sup>185</sup> Gómez Dantés, Octavio *et al.*, “Sistema de salud de México”, en *Salud Pública*, México, 2011, vol. 53(2):220-232, en [http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo\\_e4.php?id=002625](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625).

<sup>186</sup> Secretaría de Salud/ Dirección de Información en Salud, *Estimaciones con base en las proyecciones de la población de México 2005-2030*, México, Conapo, 2006.

<sup>187</sup> Los REPS son las instancias que funcionan como enlaces de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en las entidades federativas. Son responsables en las entidades federativas de la administración de recursos,

Salud y cuentan con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación (artículo 77 bis 2, LGS).

Conforme al artículo 77 bis 1 de la LGS, todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud. El SPSS está dirigido a las familias y personas no derechohabientes de las instituciones de seguridad social o que no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud; estas pueden incorporarse al sistema de protección social en salud que corresponda en razón de su domicilio (artículo 77 bis 3, LGS); es decir, el SPSS está dirigida a los noasalariados que no cuentan con seguro social.

Las personas excluidas del régimen de seguridad social en salud —desempleados, autoempleados, empleados domésticos, no asalariados, etcétera— es decir, la población abierta, eran atendidos en sus necesidades de servicios de salud por los gobiernos federales (Secretaría de Salud-SSa) y estatales (SESA), pagando por este servicio un costo de recuperación.

Sin embargo, desde 1970 surgen políticas de salud dirigidas a la población abierta. En ellos participan principalmente la Secretaría de Salud y el IMSS;<sup>188</sup> asimismo, desde 1984, con el es-

supervisión de prestadores de servicios y de la afiliación y orientación a beneficiarios.

<sup>188</sup> En 1973 se reformó la Ley del Seguro Social ampliándose los beneficios del régimen obligatorio, con lo que la seguridad social alcanzó a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados. Siguiendo esta tendencia, en 1974 el IMSS implementó el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. En 1977, el gobierno federal implementó los dos programas: Programa de Extensión de Cobertura (PEC) y Programa de Cobertura Rural (PCR). En 1979 nace el programa IMSS-Coplamar (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados). A través de este programa se ofrecían servicios de vacunación y atención preventiva, entre otros, en todo el territorio nacional. En 1989 el Programa IMSS-Coplamar se transforma en IMSS-Solidaridad y amplía su infraestructura. En 1991 se crea el programa piloto Programa de Atención de Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA), con el que se pretende mejorar las condiciones de salud de familias no aseguradas de bajo ingreso, de las zonas rurales de Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca. En 1996 el PASSPA se convierte en Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). Este programa buscaba, mediante un paquete

tablecimiento del Sistema Nacional de Salud, se inicia la descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas mediante convenios.

En 2001, y siguiendo el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, que establece como objetivo la democratización de la atención en salud mediante un sistema accesible a todo mexicano independientemente de su capacidad de pago, pero que además responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas; asimismo, debe ampliar las posibilidades de elección, y contar con instancias sensibles y eficaces para la presentación de quejas, y con mecanismos de participación en la toma de decisiones<sup>189</sup> y al Programa Nacional de Salud 2001-2006, del cual una de sus estrategias consistía en “Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud”,<sup>190</sup> se creó el programa oficialmente llamado Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud). Ésta se llevó a cabo de manera inicial como programa piloto en los estados de Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco.

De manera conjunta con el Programa Salud para Todos, las autoridades de los tres órdenes de gobierno trabajaron en un esquema de aseguramiento en salud dirigido a la población abierta no derechohabiente del seguro social. El resultado de este trabajo fue una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud, que

básico de servicios de salud, brindar servicios de salud a la población abierta de las entidades federativas; asimismo, buscaba coadyuvar en la descentralización de los servicios de salud a la población abierta. En 1997 se crea el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (Progresa), para romper el círculo intergeneracional de pobreza extrema rural. En 2001 se crea el programa piloto del Seguro Popular. En 2002 Progresa se convierte en Programa Desarrollo Humano Oportunidades, y el Programa IMSS-Solidaridad se convierte en IMSS-Oportunidades.

<sup>189</sup> Véase <http://www.dgpp.sep.gob.mx/planeacion/pdf%20inf/PND.pdf>, p. 53, consultado el 23 de abril de 2012.

<sup>190</sup> Programa Nacional de Salud, estrategia 5.

proponía la incorporación de la protección social en salud como materia de salubridad general, y la adición de un título tercero bis que estableciera la creación del Sistema de Protección Social en Salud.

Así, el 13 de mayo de 2003 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la reforma a la Ley General de Salud, mediante la cual se incorpora la protección social en salud como materia de salubridad general y se adiciona un título tercero bis con el que se constituye formalmente el Sistema de Protección Social en Salud.

En 2004 entra en vigor el Sistema de Protección Social en Salud con provisión del Catálogo Universal de Servicios de Salud y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

La unidad de protección en este sistema es el núcleo familiar (artículo 77 bis 3, LGS). Así, esta protección es un mecanismo del Estado para garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud. Como mínimo, la protección social en salud debe abarcar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, y de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención (artículo 77 bis 1, LGS).

Para lo anterior, existe un paquete de servicios denominado Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes).<sup>191</sup> Este catálogo enlista de manera explícita las enfermedades y actividades de salud a que tienen acceso los afiliados al SPSS. En él se definen las acciones integrales de salud —intervenciones— que agrupan al conjunto de enfermedades y actividades de salud que deben ser cubiertas por el Sistema. El documento es indicativo y de re-

<sup>191</sup> El primer paquete de servicios de salud elaborado entre 2002 y 2003 se denominó Catálogo de Beneficios Médicos (Cabame).

ferencia para orientar a las partes financiadoras y prestadoras de servicios de salud respecto a los servicios contenidos en la cartera que son elegibles.<sup>192</sup> Además, el Causes incluye otras dos carteras de servicios: el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG).

Así, en realidad podemos decir que el SPSS cumple su función mediante tres paquetes de servicio, también llamados instrumentos: Causes (entendido como únicamente el primer catálogo de servicios sucesor del Cabame), FPGC y SMNG, que se complementa con la estrategia Embarazo Saludable (ES). Como se ha mencionado, el Causes se remota a 2002, antes de la creación del SPSS. El FPGC nace con la SPSS, mientras que el SMNG se crea en 2006, y el ES en 2008.

El FPGC es un fondo especial cuyo objetivo es el financiamiento y prestación de servicios para padecimientos de alta especialidad y alto costo, y que, por lo tanto, implican un riesgo financiero. Los gastos catastróficos son aquellos que derivan de tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren (artículo 77 bis 17, LGS) (artículo 17 bis 29).

El Programa Seguro Médico para una Nueva Generación tiene como objetivo a los niños menores de cinco años.<sup>193</sup> En

<sup>192</sup> Véase [http://www.isea.gob.mx/Formatos/CAUSES\\_2010.pdf](http://www.isea.gob.mx/Formatos/CAUSES_2010.pdf), p. 9, consultado el 26 de abril de 2012.

<sup>193</sup> Desde los años ochenta se identifican estrategias de salud pública dirigidas específicamente a niños. Algunos son: 1884, se reparten sales de rehi-

el eje tres del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012 y en la estrategia 7 del Programa Sectorial de Salud 2006-2012 se determina garantizar la cobertura completa y de por vida en servicios de salud a los niños. Acorde con lo anterior, en diciembre de 2006 nace el Programa SMNG, dirigido a la protección de la salud de los niños nacidos a partir del 1o. de diciembre de 2006. A través de este programa se ofrece atención médica integral a niños desde que nacen hasta los cinco años de edad. Se busca para todos los niños el acceso a un seguro médico que cubra el 100% de los servicios médicos de los centros de salud de primer nivel y el 100% de los servicios hospitalarios, incluyendo medicamentos asociados, consultas y tratamientos. Así, se protege a los niños de los principales padecimientos que se presentan en los primeros cinco años de vida.

Como complemento al programa SMNG, en 2008 se introduce la estrategia Embarazo Saludable, con el fin de asegurar la atención médica a las mujeres durante su embarazo hasta el momento de alumbramiento, y así contribuir a la cobertura del menor desde el embarazo de la madre. Con esta estrategia se hace posible la incorporación al SPSS a toda mujer en estado de embarazo que no cuente con seguridad social en salud.

La ejecución del Sistema de Protección Social en Salud se lleva a cabo mediante la celebración de acuerdos de coordinación (77 bis 6, LGS). La competencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de protección social en salud son las siguientes:

dratación oral para prevenir la diarrea; 1986, se establece el día nacional de vacunación; 1990, se realiza la Campaña de Vacunación contra el Sarampión; 1991, se establece el Programa Universal de Vacunación y Programa de Agua Limpia; 1993 aparece la Semana Nacional en Salud; 1997, nace el Programa Nacional de Educación Salud y Alimentación; 2000, el Estado mexicano firma la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, con lo que se compromete a reducir en dos terceras partes para 2015 la mortalidad de los niños menores de cinco años.

## COMPETENCIAS EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

<i>Federal-Secretaría de Salud</i>	<i>Entidades federativas</i>
Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los regímenes estatales de protección social en salud, para lo cual formulará el plan estratégico de desarrollo del Sistema y aplicará, en su caso, las medidas correctivas que sean necesarias, tomando en consideración la opinión de los estados y el Distrito Federal, a través del Consejo a que se refiere el artículo 77 bis 33 de la LGS.	Proveer los servicios de salud en los términos de este título, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad.
Proveer servicios de salud de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para tal efecto.	Identificar e incorporar beneficiarios al régimen estatal de protección social en salud, para lo cual ejercerá actividades de difusión y promoción, así como las correspondientes al proceso de incorporación, incluyendo la integración, administración y actualización del padrón de beneficiarios en su entidad, conforme a los lineamientos establecidos para tal efecto por la Secretaría de Salud.
En su función rectora, constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios a que se refiere el artículo 77 bis 18, LGS y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el artículo 77 bis 29, LGS.	Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias, para la ejecución de las acciones de protección social en salud, en función de los acuerdos de coordinación que para el efecto se celebren.
Transferir con puntualidad a los estados y al Distrito Federal las aportaciones que le correspondan para instrumentar los regímenes estatales de protección social en salud.	Programar, de los recursos a que se refiere el capítulo III del título tercero bis, LGS, aquellos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa, en

<i>Federal-Secretaría de Salud</i>	<i>Entidades federativas</i>
	congruencia con el plan maestro que se elabore a nivel nacional por la Secretaría de Salud.
Elaborar el modelo y promover la formalización de los acuerdos de coordinación a que se refiere el artículo 77 Bis 6, LGS.	Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del régimen estatal de protección social en salud, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados, se impongan de manera adicional en los términos del título tercero bis LGS, de conformidad con el artículo 77 bis 23, LGS.
Establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, las cuales tendrán un incremento máximo anualizado de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.	Realizar el seguimiento operativo de las acciones del régimen estatal de protección social en salud en su entidad y la evaluación de su impacto, proveyendo a la Federación la información que para el efecto le solicite.
Diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizarán en la operación del Sistema.	Adoptar esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen la administración de servicios y registros clínicos, alienten la certificación de su personal y promuevan la certificación de establecimientos de atención médica; para tal efecto podrán celebrar convenios entre sí y con instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios, en términos de las disposiciones y lineamientos aplicables.
Definir el marco organizacional del Sistema de Protección Social de Salud en los ámbitos federal, estatal, del Distrito Federal y en su caso, municipal.	Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto.
Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capaci-	Promover la participación de los municipios en los regímenes estatales de

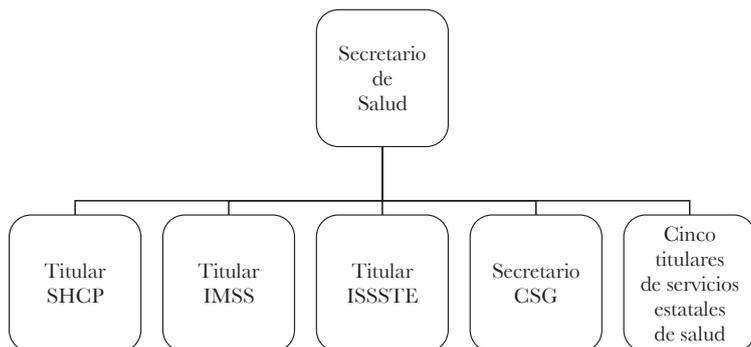
<i>Federal-Secretaría de Salud</i>	<i>Entidades federativas</i>
dad de pago de los beneficiarios para efectos del esquema de cuotas familiares a que se refiere el artículo 77 bis 21, en los estados y el Distrito Federal.	Protección Social en Salud y sus aportaciones económicas mediante la suscripción de convenios, de conformidad con la legislación estatal aplicable.
Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y validar su correcta integración.	
Solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica.	
Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban los estados y el Distrito Federal entre sí y con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios.	
A los efectos de intercambiar información y comprobar la situación de aseguramiento, suscribir los convenios oportunos con las entidades públicas de seguridad social.	
Tutelar los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.	
Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud.	
Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, el Distrito Federal, institucio-	

<i>Federal-Secretaría de Salud</i>	<i>Entidades federativas</i>
nes y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud.	
Evaluar el desempeño de los regímenes estatales de protección social en salud y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento.	

A nivel federal existen dos órganos que llevan a cabo la operación del SPSS: el Consejo Nacional de Protección Social en Salud (Conpss) y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS); mientras que en las entidades federativas las REPSS son las instancias encargadas de la operación y la prestación de los servicios de salud del SPSS mediante instalaciones de atención médica acreditadas.

Así, las REPSS son estructuras administrativas, dependientes de los servicios estatales de salud, cuyo objetivo es garantizar las acciones de protección social en salud proveyendo los servicios de salud a la persona en el SPSS, de manera independiente de la provisión de servicios de salud. Sus funciones primordiales son: promoción para la incorporación de familias al sistema, afiliación y verificación de la vigencia y tutela de derechos de los beneficiarios, administración de recursos financieros establecidas por la ley para las entidades federativas, verificación de que los prestadores de servicios cumplan con los requisitos que establece la ley, gestión de pago a los prestadores de servicios, y rendición de cuentas (artículo 3o., RLGSMPS).

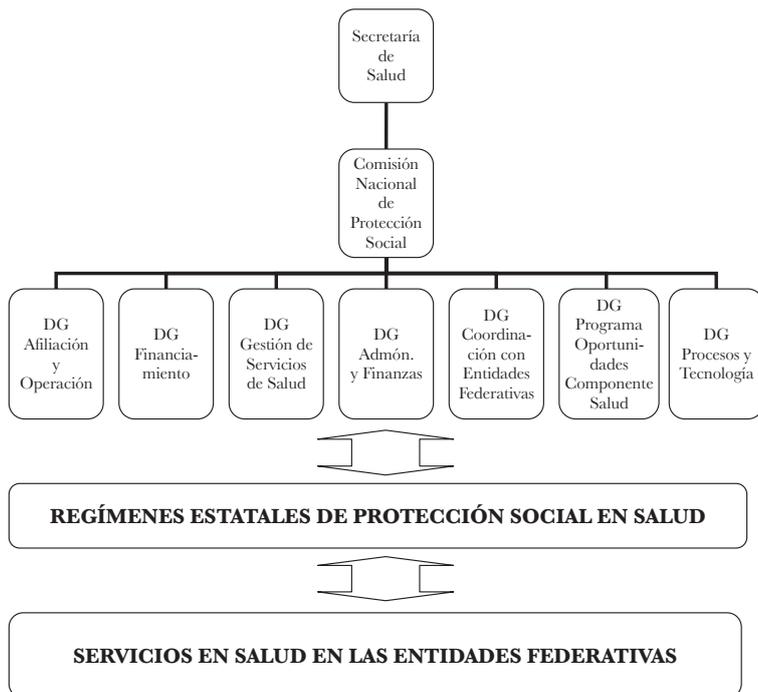
En cuanto a los órganos federales del Sistema de Protección Social en Salud, el Conpss es un órgano colegiado consultivo de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud. Se integra de la siguiente manera:



Corresponde al Consejo (artículo 3o., RICONPSS):

1. Opinar, a solicitud de la Secretaría, respecto del funcionamiento del Sistema.
2. Proponer, a petición de la Secretaría, las medidas para mejorar el funcionamiento del Sistema.
3. Opinar sobre la propuesta para designar al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
4. Acordar la creación de grupos de trabajo para el análisis y estudio de temas que el propio Consejo estime necesarios.
5. Aprobar el programa anual de trabajo del Consejo.

Por su parte, la CNPSS es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa (artículo 77 bis 35, LGS y artículo 3o., RICNPSS); sus funciones en el SPSS son de planeación, normalización, administración, supervisión y la compra de servicios. Se estructura de la siguiente manera:



El financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud, al igual que los sistemas de seguridad social atados al empleo, es tripartito; se compone de aportaciones tanto federales, locales y de los beneficiarios. Las aportaciones federales consisten en una cuota social y una aportación solidaria. La cuota social se cubre anualmente por cada persona afiliada<sup>194</sup> al Sistema de Protección Social en Salud; es equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal de 2009 actualizado con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (artículo 77 bis, LGS).

La aportación solidaria federal se realiza mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a

<sup>194</sup> Hasta antes de 2010 la cuota social comprendía una aportación anual por familia y no por persona.

la Persona, de conformidad con la siguiente fórmula (artículo 17 bis 13, fr. ii):

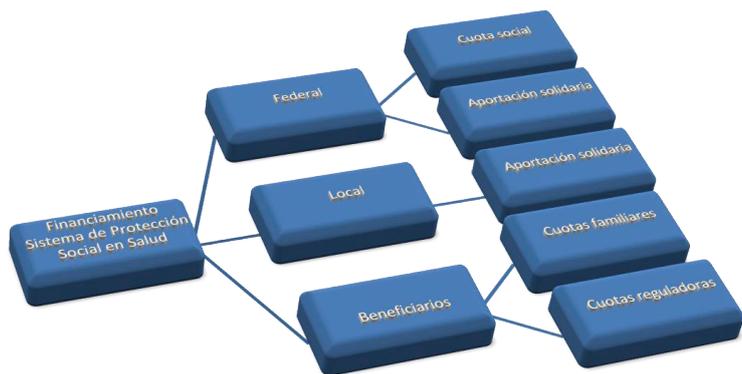
La secretaría determinará anualmente el monto total de recursos federales disponibles para el fondo, previa aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por lo que se refiere a la congruencia con los criterios generales de política económica y la disponibilidad de recursos para el ejercicio fiscal correspondiente, respetando como monto disponible la aportación solidaria federal promedio nacional por familia equivalente a una y media veces el monto de la cuota social (artículo 87, fr. I, RLGSMPS).

Respecto de la aportación solidaria de los estados y del Distrito Federal, es anual por afiliado. La aportación mínima es el equivalente a la mitad de la cuota social que cubre la Federación en la entidad respectiva (artículo 17 bis 13, fr. I).

Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contribuyen al Sistema mediante cuotas familiares y cuotas reguladoras. Las cuotas familiares son anticipadas, anuales y progresivas; y se determinan con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia. Sin embargo, si una familia se encuentra incapacitada de cubrir la cuota, esto no impide que se incorpore al sistema y sea beneficiario (artículo 77 bis 21).

Así, las familias son clasificadas en dos regímenes: contributivo y no contributivo, siendo que las familias que se encuentran hasta el II decil de ingreso entran bajo el régimen no contributivo. También están en el régimen no contributivo las familias que a partir de 2008 cuentan con por lo menos un niño nacido a partir del primero de diciembre del 2006, y las familias que se encuentran en los deciles I al IV y que cuenten con al menos una mujer embarazada.

Las cuotas reguladoras, por su parte, tienen el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud. Las establece el Consejo de Salubridad General mediante reglas de carácter general. Aplican a algunos servicios en razón de la frecuencia en su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados (artículo 77 bis 28):



Además, del total de la cuota social y de las aportaciones solidarias federales y de las entidades federativas la Secretaría de Salud debe canalizar anualmente el 8% de dichos recursos al FPGS (artículo 77 bis 17, LGS), y el 3% para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios.

Esta previsión presupuestal es administrada por la Secretaría de Salud (artículo 77 bis 18), mientras que los fondos del FPGC son administrados por COSPSS. De esta manera, el 89% de los recursos totales que conforman las cuotas sociales y las aportaciones solidarias se destinan al Causes, y son administradas por las entidades federativas. Las entidades federativas deben contar con su aportación solidaria por beneficiario que le corresponde cubrir para que la Federación realice la transferencia correspondiente (artículo 80, RISPSS).

En cuanto al programa SMNG, los fondos para su aplicación provienen de recursos fiscales autorizados en el decreto de

presupuesto de egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente.

Además, también se prevé un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, que consiste en un fondo mediante el cual se aportan recursos a los estados y al Distrito Federal para que estos los ejerzan para llevar a cabo acciones relativas a las funciones de rectoría y prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Nacional de Salud, y de conformidad con los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban (artículo 77 bis 20).

Los servicios otorgados por el SPSS se brindan en los SESA, en la Ssa y en ocasiones en proveedores privados, en virtud de que el SPSS le compra servicios para sus afiliados a los proveedores mencionados.

## 2. *Servicios a la población no asegurada*

### A. SESA

La población no asegurada tiene a su disposición los servicios de la Ssa, los SESA y el IMSS-O, y servicios ofrecidos por algunas universidades para resolver sus necesidades de salud. Estos servicios se brindan sobre una base asistencial.

Los SESA ofrecen servicios heterogéneos, que incluyen servicios ambulatorios; estos por lo general son básicos en los centros de salud rurales y más amplios en las grandes ciudades.

En las unidades de atención ambulatoria (UAA) se presta la mayor parte de los servicios de salud. Sin embargo, estos fueron diseñados para una población que de manera general era rural de menor edad, afectada por infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos relacionados con la desnutrición. En poco tiempo, la población demandante de servicios de las UAA era rural y urbana de todos los estratos socioeconómicos, y con padecimientos no transmisibles, como la diabetes, la hiper-

tensión y el cáncer, para los que no estaban preparadas las UAA de la SSA y los SESA.<sup>195</sup>

En todo el país existen aproximadamente 25,433 UAA, de los cuales 20,389 (80.2%) son unidades de consulta externa. El 68.5% de las UAA del sector público pertenecen a los SESA, mientras el resto se reparten entre IMSS-O, IMSS, ISSSTE, Sedena, Pemex, Semar, y DIF, SESA y SSA, tienen 13,849 UUA, aunque al cierre de 2009 solo estaban operando 13,317 UUA.

### DISTRIBUCIÓN DE LOS UAA DEL SECTOR PÚBLICO

<i>SESA</i>	<i>IMSS-O</i>	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Otros</i>
68.5%	19.8%	5.9%	2.9	2.9

Las UAA de los SESA se clasifican según su ubicación y los servicios que ofrecen: *a*) centros de salud rurales, 8,334 unidades (62.6%); *b*) centros de salud urbanos, 1,801 (13.5%); *c*) unidades móviles 1,849; brigadas móviles, 625; *d*) casas de salud, 142; *e*) consultorios delegacionales, 21; *f*) unidades del ministerio público, 51; *g*) centros avanzados de atención primaria a la salud (CA-APS), 63; *h*) centros de salud con servicios ampliados (CESSA), 18; *i*) unidades de especialidades médicas (Unemes), 313, y clínicas de especialidades, 100. Las UAA de los SESA cuentan con 23,007 consultorios. Esto es, 38 consultorios por cada 100,000 habitantes sin seguridad social.

Respecto de la infraestructura de las UAA, muchos centros de salud, sobre todo rurales, sufren de descuido de la infraestructura física de las residencias de médicos y enfermeras. Además, la mayor parte de los estados no cuentan con programas de mantenimiento preventivo y renovación periódica de las unidades; asimismo, hay problemas de comunicación.

<sup>195</sup> Bravo, María Lilia y Gómez Dante, Octavio, “La atención ambulatoria en los servicios estatales de salud”, *Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010*, México, Secretaría de Salud, 2011, p. 25.

Un estudio de 2007 demostró que 30% de las UAA no contaban con agua entubada, 12% no contaban con baños para el personal, 19% no contaba con baños para pacientes. 98% de las UAA contaba con electricidad; sin embargo, un alto porcentaje presentaba interrupciones del servicio eléctrico, poniendo en riesgo la adecuada refrigeración de ciertos medicamentos y vacunas.

En cuanto al equipo clínico en las UAA, de las 13,317 UAA en operación al final de 2010 371 (2.8%) cuentan con servicio de laboratorio clínico. En 2009 había registrados 62 equipos de ultrasonido concentrados en su mayoría en los centros de salud urbanos y en los CAAPS. Nueve entidades federativas no cuentan con este tipo de equipo en sus UAA.

En 2008 no se encontró ninguna UAA con todo el equipo necesario para la atención de la diabetes, siendo que este padecimiento es una de las principales causas de consulta externa en los SESA. En cuanto al equipo para la hipertensión, otro padecimiento causa de consulta externa, el 90% de las unidades contaban con los elementos para la atención.

En el mismo año, de 264 claves del cuadro básico de medicamentos seleccionados, un promedio de 85 se encontraron en las UAA de los SESA; en los centros de salud acreditados el promedio de existencia fue de 90 claves (34%), y en los no acreditados de 79 (30%).

Respecto de los recursos humanos, en 2009 se registró la existencia de 32,874 médicos en contacto con el paciente en las unidades de consulta externa de los servicios de salud en el país. Esto es, 2.5 médicos en cada unidad de consulta externa, 0.56 médicos en contacto con el paciente por cada 1,000 habitantes sin seguridad social. Los médicos pasantes representan 22.9% del total de médicos en contacto con el paciente; 41.5% de los centros de salud rurales a nivel nacional operan únicamente con pasantes de medicina u odontología.

Respecto de las enfermeras, en 2009 se tenían registradas 31,195 enfermeras en contacto con el paciente: 2.3 por cada

UAA y 0.5 por 1,000 habitantes sin seguridad social. Las enfermeras pasantes representan 16.2%, y las auxiliares 36% del total de las enfermeras en contacto con el paciente.

En 2008 se efectuaron 73.3 millones de consultas en las UAA de los SESA; 45.6 millones de estas en unidades rurales y 27.7 millones en unidades urbanas. Poco más de 29 millones de estas consultas se brindaron a población beneficiaria del SPSS. Lo anterior representa una productividad aproximada de 14.7 consultas diarias por consultorio y 11 consultas diarias por médico. Estos datos incluyen consultas a afiliados del SPSS.

Debido a que el SPSS adquiere servicios de la UAA para sus afiliados, estas unidades tienen que ser acreditadas para que puedan ofrecer servicios a afiliados del SPSS. Los componentes empleados para evaluar a las unidades son capacidad, seguridad y calidad. La capacidad evalúa si las unidades cuentan con los recursos físicos, materiales y humanos mínimos necesarios para brindar los servicios relacionados con las intervenciones establecidas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (Causes); la seguridad evalúa los principales aspectos de la práctica médica segura, y la seguridad del paciente durante el proceso de atención médica y su estancia en el establecimiento; la calidad evalúa la factibilidad de implantar mínimos de gestión de calidad que faciliten la introducción de procesos de mejora continua.

En 2009 6,612 UAA de los SESA, 49.6% del total de estas unidades estaban acreditadas.

Los SESA se financian con recursos del gobierno federal y de los gobiernos estatales, además de que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación).

### B. *IMSS-Oportunidades (IMSS-O)*

IMSS-O ofrece servicios en zonas rurales a través de clínicas de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel. La atención se concentra en servicios de medicina general ambulatoria y servicios hospitalarios materno-infantiles.

En 1973 se modifica la Ley del Seguro Social y se faculta al IMSS a prestar atención médica a la población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y profunda marginación. Como resultado, en 1974 se implementa el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

En 1977 se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), como parte de una política para abatir la marginación en el país. En 1979 se conjuntan el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria y el Coplamar, y surge el Programa IMSS-Coplamar. Así se extienden los servicios de salud a todo el territorio nacional.

El 20 de abril de 1983 desaparece Coplamar, y el Programa IMSS-Coplamar se administra por el IMSS.

En marzo de 1984, con la descentralización de los servicios de salud, el IMSS-Coplamar transfiere 911 unidades médicas rurales y 23 hospitales rurales a 14 estados de la República, reduciendo la operación del programa a 17 estados.

En 1989, el Programa cambia su nombre a IMSS-Solidaridad, y se emprende la ampliación de infraestructura en los estados en los que continúa operando.

En 1997 se crea el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (Progresa) para afrontar los rezagos del medio rural en materia de salud, educación y desnutrición. El 6 de marzo de 2002, para promover estrategias y acciones intersectoriales para la educación, la salud y la alimentación, se renombró al Progresa como Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). Con esto se cambió el nombre del Programa IMSS-Solidaridad por el de IMSS-Oportunidades, debido a que otorga el componente salud a los beneficiarios del PDHO.<sup>196</sup>

El PDHO tiene el objetivo de contribuir a romper el ciclo de la pobreza extrema. El PDHO actúa en dos vertientes principales: otorgar a los beneficiarios los componentes salud y alimenta-

<sup>196</sup> Véase [http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/historia\\_5.aspx](http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/historia_5.aspx), consultado el 15 de julio de 2012.

ción, y certificar el cumplimiento de las corresponsabilidades de salud de las familias.

El componente salud se apoya en la infraestructura médica del Programa IMSS-Oportunidades para la entrega del paquete básico garantizado de salud a las familias beneficiarias de acuerdo con el grupo de edad y sexo de cada integrante. El paquete incluye acciones dirigidas a la atención materno-infantil, saneamiento de las comunidades, vigilancia nutricional, planificación familiar e inmunizaciones, entre otras tareas.

En cuanto a la alimentación, se entregan sobres de complementos alimenticios a mujeres embarazadas o en lactancia y a niños menores de cinco años; se enfatiza la educación nutricional a las familias para incidir en el ámbito de la prevención, y no solo del tratamiento de los problemas de desnutrición.<sup>197</sup>

Así, el IMSS-O es un programa del gobierno federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Tiene como finalidad proporcionar servicios de salud a la población más vulnerable. Otorga servicios médicos gratuitos a casi doce millones de personas; se presenta como un programa de atención médica integral con énfasis en acciones preventivas dirigido a la población carente de seguridad social y con un alto nivel de marginación.<sup>198</sup>

El IMSS-O otorga servicios a través de una red de: a) 79 hospitales rurales y 3,588 unidades médicas rurales en comunidades rurales; b) 270 unidades médicas urbanas para las familias beneficiarias del Programa Desarrollo Humano Oportunidades, y c) 222 brigadas de salud que operan en localidades de 500 habitantes o menos.<sup>199</sup>

El IMSS-O opera a través de un modelo llamado Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), que se compone de dos vertientes, a saber: la atención médica y la acción comunitaria. La

<sup>197</sup> Véase [http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/prog\\_des\\_hum.aspx](http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/prog_des_hum.aspx), consultado el 15 de julio de 2012.

<sup>198</sup> Véase <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/pages/default.aspx>, consultado el 15 de julio de 2012.

<sup>199</sup> *Idem.*

atención médica refiere a los servicios de salud y las acciones de vigilancia epidemiológica, mientras que la acción comunitaria se refiere a la incorporación de los individuos y de las comunidades en la práctica de hábitos saludables, a través de la labor de integración, organización y orientación que desarrollan los voluntarios y promotores institucionales.<sup>200</sup>

Conforme al Programa IMSS-Oportunidades 2007-2012, las acciones del IMSS-O se orientan a la reducción de la muerte materno-infantil; prevención y atención oportuna del cáncer cérvico-uterino; salud integral del adolescente; vacunación; vigilancia epidemiológica y control de enfermedades; prevención y control de la diabetes mellitus.

En cuanto a la prevención y atención oportuna del cáncer cérvico uterino, se ofrecen servicios de prevención y detección oportuna en el primer nivel de atención y de diagnóstico y tratamiento en el segundo nivel. Además, se han adaptado módulos de salud ginecológica en todos los hospitales rurales del programa, que dan atención a las mujeres con una detección positiva.

En 2011 se amplió el grupo de mujeres a quienes se realiza la citología cervical a aquellas de entre 25 y 64 años de edad, logrando un incremento de 166% en relación con 2010.<sup>201</sup>

Respecto de la salud integral al adolescente, desde 1998 el IMSS-O diseñó y puso en operación el Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural (MAISAR), que tiene el objetivo de atender las principales necesidades y expectativas de los jóvenes, utilizando un enfoque integral de promoción a la salud y prevención de enfermedades.

Dentro de este modelo se crearon los centros de atención rural al adolescente (CARA), que son espacios exclusivos y amigables ubicados en el interior de cada una de las unidades médicas rurales y hospitales del programa, en donde se llevan a cabo acti-

<sup>200</sup> Véase <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/introducc.aspx>, consultado el 15 de julio de 2012.

<sup>201</sup> Véase [http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/sal\\_mat.aspx](http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/sal_mat.aspx), consultado el 15 de julio de 2012.

vidades educativas que fomentan el autocuidado de la salud y el desarrollo social.

Los CARA atienden a más de 2.3 millones de jóvenes de 10 a 19 años de edad, que habitan en las comunidades rurales e indígenas donde el Programa tiene presencia. Aquí reciben orientación, información y educación especializada sobre temas diversos que les son de interés y que afectan su vida: desarrollo humano, autoestima, perspectiva de género, comunicación familiar, desarrollo de habilidades para la vida, prevención de violencia, hábitos saludables, sexualidad y salud reproductiva, entre muchos otros.<sup>202</sup>

El IMSS-Oportunidades trabaja de manera coordinada con las diversas dependencias del ramo. Mediante el Acuerdo 126 con el IMSS, las mujeres que atiende IMSS-Oportunidades y que enfrentan un alto riesgo en su embarazo, pueden ser atendidas en un hospital de segundo o tercer nivel del IMSS.

Mediante un acuerdo con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, se preparan a técnicas en enfermería de IMSS-O en el Sistema de Universidad Abierta.

También se mantiene una estrecha colaboración con la Comisión Permanente de la Secretaría de Salud, para el establecimiento de lineamientos para el diseño y aplicación de los planes de cuidado de enfermería (PLACE).

Mediante el Convenio Marco con la Secretaría de Salud y con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud de 2008 se convierte al IMSS-Oportunidades en prestador de servicios de salud en las zonas del país donde cuenta con infraestructura y no tienen presencia los servicios estatales de salud.<sup>203</sup>

Para llevar a cabo sus acciones, el IMSS-O cuenta con más de 20 mil médicos, enfermeras y paramédicos, más de 200 mil voluntarios y 18 mil comités de salud.<sup>204</sup>

<sup>202</sup> Véase <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/cara.aspx>, consultado el 15 de julio de 2012.

<sup>203</sup> Véase [http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/acc\\_inter.aspx](http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/acc_inter.aspx), consultado el 15 de julio de 2012.

<sup>204</sup> Véase <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/pages/default.aspx>, consultado el 15 de julio de 2012.

El IMSS-O se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS.

### C. *Servicios de salud de alta especialidad*

Además de la UAA de la SSA, existe una Red de Servicios de Salud de Alta Especialidad (REDSAES). Estos, como el nombre lo indica, ofrecen servicios médicos especializados a una población no derechohabiente y derechohabiente.

En esta red están: *a)* los institutos nacionales de salud (INSalud); *b)* los hospitales regionales de alta especialidad (HRAE); *c)* los hospitales federales de referencia (HFR), y *d)* y otros hospitales vinculados con universidades. Estos institutos y hospitales no solamente ofrecen servicios médicos de alta especialidad, sino que también realizan investigaciones y preparan a recursos humanos.

Los INSalud y los HFR son organismos descentralizados de la administración pública federal, mientras que los HRAE son organismos desconcentrados.

Existe una Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), que tiene como misión diseñar e implementar políticas, estrategias y modelos innovadores para que los INSalud y hospitales de alta especialidad generen conocimiento científico y formen recursos humanos especializados, que contribuyan a mejorar la salud mediante el uso óptimo de los recursos institucionales disponibles.<sup>205</sup>

### 3. *INSalud*

Los Institutos Nacionales de Salud (INSalud), doce en total, son organismos descentralizados de la administración pública federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupados en el sector salud, que tienen como objeto principal: *a)* la investi-

<sup>205</sup> Véase <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2012/acercade.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

gación científica en el campo de la salud; *b*) la formación y capacitación de recursos humanos calificados, y *c*) la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad. Sus ámbitos de acción comprenden todo el territorio nacional. Son regulados por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud (LINSalud), publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 26 de mayo de 2000. Además, también son regidos por la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y sus disposiciones reglamentarias, particularmente en lo que se refiere al fortalecimiento de su autonomía técnica, operativa y administrativa (artículo 3o., LINSalud).

Las investigaciones que realicen los INSalud deben ser básicas y aplicadas, con el fin de contribuir al avance del conocimiento científico, y a la satisfacción de las necesidades de salud del país, mediante el desarrollo científico y tecnológico, en áreas biomédicas, clínicas, sociomédicas y epidemiológicas (artículo 37, LINSalud).

El ámbito de la enseñanza los INSalud puede incluir la impartición de cursos de pregrado, especialidades, subespecialidades, maestrías y doctorados, así como diplomados y educación continua, en los diversos campos de la ciencia médica. También pueden participar en la capacitación y actualización de recursos humanos, a través de cursos, conferencias, seminarios y otros similares, en los temas que consideren necesarios (artículo 51, LINSalud).

En el ámbito de la atención médica, prestan servicios de atención médica bajo el principio de gratuidad, atendiendo padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, así como urgencias, y recibiendo a usuarios referidos por los otros dos niveles de atención o a los que requieran atención médica especializada, conforme al diagnóstico previo que efectúe el servicio de preconsulta del Instituto de que se trate (artículo 54, LINSalud). Para la atención médica se puede contar con servicios de atención médica, de preconsulta, consulta externa, ambulatorios, urgencias y hospitalización (artículo 55, LINSalud).

Los INSalud son (artículo 5o., LINSalud):

<i>INSalud</i>	<i>Área</i>
Instituto Nacional de Cancerología	especialidad de las neoplasias
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez	padecimientos cardiovasculares
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	disciplinas biomédicas vinculadas con la medicina interna de alta especialidad en adultos y las relacionadas con la nutrición
Instituto Nacional de Geriátrica	formación de recursos humanos y la investigación del envejecimiento, de las enfermedades y cuidados del adulto mayor
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas	para los padecimientos del aparato respiratorio
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez	para las afecciones del sistema nervioso
Instituto Nacional de Medicina Genómica	regulación, promoción, fomento y práctica de la investigación y aplicación médica del conocimiento sobre el genoma humano
Instituto Nacional de Pediatría	padecimientos de la población infantil hasta la adolescencia
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	salud reproductiva y perinatal
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	psiquiatría y la salud mental
Instituto Nacional de Rehabilitación	
Instituto Nacional de Salud Pública	investigación y enseñanza en salud pública
Hospital Infantil de México Federico Gómez	padecimientos de la población infantil hasta la adolescencia

A los institutos nacionales de salud les corresponde (artículo 6o., LINSalud):

1. Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y sociomédicas en el campo de sus especialidades,

para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud.

2. Publicar los resultados de las investigaciones y trabajos que realice, así como difundir información técnica y científica sobre los avances que en materia de salud registre.

3. Promover y realizar reuniones de intercambio científico, de carácter nacional e internacional, y celebrar convenios de coordinación, intercambio o cooperación con instituciones afines.

4. Formar recursos humanos en sus áreas de especialización, así como en aquellas que le sean afines.

5. Formular y ejecutar programas de estudio y cursos de capacitación, enseñanza, especialización y actualización de personal profesional, técnico y auxiliar, en sus áreas de especialización y afines, así como evaluar y reconocer el aprendizaje.

6. Otorgar constancias, diplomas, reconocimientos y certificados de estudios, grados y títulos, en su caso, de conformidad con las disposiciones aplicables.

7. Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización.

8. Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada.

9. Asesorar y formular opiniones a la Secretaría cuando sean requeridos para ello.

10. Actuar como órganos de consulta, técnica y normativa, de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en sus áreas de especialización, así como prestar consultorías a título oneroso a personas de derecho privado.

11. Asesorar a los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica de las entidades federativas y, en general, a cualquiera de sus instituciones públicas de salud.

12. Promover acciones para la protección de la salud, en lo relativo a los padecimientos propios de sus especialidades.

13. Coadyuvar con la Secretaría a la actualización de los datos sobre la situación sanitaria general del país, respecto de las especialidades médicas que les correspondan.

14. Realizar las demás actividades que les correspondan conforme a la presente ley y otras disposiciones aplicables.

#### A. *Instituto Nacional de Cancerología (INCan)*

El Instituto de Cancerología nació el 25 de noviembre de 1946 por decreto del entonces presidente Manuel Ávila Camacho. Su antecedente fue el dispensario médico llamado “Dr. Ulises Valdez”, hoy Hospital de la Mujer. Se convirtió en el principal proveedor de pacientes oncológicos en el área ginecológica, y en pocos años la demanda de hombres y mujeres con cáncer lo superó. Para cumplir con la demanda, fue transformado en una institución especializada en el cuidado y tratamiento de esta enfermedad. El instituto da atención a pacientes de todo el país, no derechohabientes de la seguridad social, con enfoque multidisciplinario en proceso diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Además, realiza funciones asistenciales como centro de enseñanza médica e investigación.<sup>206</sup>

Los objetivos del INCan en el área de la investigación son: a) realizar estudios epidemiológicos, genéticos y biomédicos, para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer; b) publicar los resultados de las investigaciones y experiencias, así como su difusión; c) establecer estudios patológicos en fases I-II-III, promover y realizar reuniones de carácter científico con proyección nacional e internacional; en la enseñanza: a) formar recursos humanos con reconocimiento universitario y de especialidad, mantener estándares de alta calidad, establecer intercambios científicos con investigadores nacionales e internacionales, apoyar la formación de recursos humanos de otras instituciones; en la asistencia: a) prestar atención médica de alta calidad a los pacientes con cáncer, dar apoyo médico a pacientes en fases terminales; b) desarrollar programas de rehabilitación, implementar programas de escrutinio en grupos de población de alto riesgo; c) aplicar los esquemas de prácticas reconocidas en los institutos

<sup>206</sup> Véase <http://www.incan.edu.mx/>, consultado el 15 de julio de 2012.

de oncología en el mundo; *d*) creación de clínicas especializadas en tumores mamarios y ginecológicos.<sup>207</sup>

*B. Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (INPer)*

El INPer tiene como antecedente la maternidad “Casa del Periodista” (1921), que tenía el carácter de beneficencia privada. En 1929, ésta cambia su línea de dependencia al Comité Nacional de Protección a la Infancia, y posteriormente a la beneficencia pública. En 1937 se establece la Secretaría de Asistencia Pública, que absorbe los establecimientos existentes en la materia. En 1977 se constituye el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), y el ya entonces INPer pasa a formar parte de esa dependencia. El 19 de abril de 1983 se separa el INPer del DIF.<sup>208</sup>

El INPer tiene como misión: *a*) resolver los problemas nacionales de salud reproductiva y perinatal de alta complejidad, a través de la investigación científica básica, clínica, epidemiológica y médico-social de alto nivel de excelencia, que permita el desarrollo de modelos de atención e innovación tecnológica para la salud; *b*) la formación académica y desarrollo de recursos humanos, con sólida preparación técnica, ética y humanística, basada en evidencias científicas y experiencias documentadas, acorde a las demandas del sector salud, y *c*) la asistencia en salud, de alta especialidad y con calidad, que lo posicionen como un modelo institucional de atención.<sup>209</sup>

<sup>207</sup> Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, *Los institutos nacionales de salud*, México, Secretaría de Salud-Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, 2002, p. 53, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7255.pdf>, consultado el 3 de julio de 2012.

<sup>208</sup> Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, *Los institutos nacionales de salud*, México, p. 96.

<sup>209</sup> Véase <http://www.inper.mx/quienessomos/misionvision.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

C. *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición*  
*Salvador Zubirán (INNSZ)*

Originalmente el Instituto fue denominado Hospital de Enfermedades de la Nutrición; posteriormente, en 1981, se le denominó Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, y por último, el 26 de mayo de 2000, con la publicación de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, se registra con el nombre actual: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Sus objetivos centrales son:

1. Proporcionar atención médica especializada, integral y de alta calidad a población adulta.
2. Ampliar la participación y repercusión de las actividades sustantivas a nivel nacional.
3. Formar recursos humanos al más alto nivel científico y técnico, con actitud ética y responsabilidad social.
4. Proporcionar asesoría a los sectores público, social y privado, en las áreas de su competencia.
5. Fortalecer la participación del Instituto en la educación continua para profesionales de la salud y en la educación para la salud de la población.
6. Fortalecer los programas de investigación y de innovación tecnológica que contribuyan al desarrollo del conocimiento o al bienestar social.
7. Desarrollar un modelo de administración integral innovador que fortalezca las actividades sustantivas.
8. Impulsar un modelo de desarrollo organizacional innovador que favorezca el desempeño óptimo y seguro de las actividades institucionales.

D. *Instituto Nacional de Geriátrica (INGer)*

Debido al paulatino proceso de envejecimiento de la población mexicana, en enero de 2007 inició el proceso de creación del Instituto de Geriátrica, que incluyó el análisis de factibilidad

por parte de un grupo de especialistas en envejecimiento y salud, la validación del proyecto por varios organismos internacionales, el diseño del modelo administrativo, el desarrollo de la infraestructura y la planeación estratégica. El proceso culminó con el decreto de creación, del 28 de julio de 2008, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 del mismo mes y año. El objetivo central del INGer es

...contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población mexicana que envejece, mediante la investigación en salud, la generación de conocimiento y de propuestas de acción que lleven a la definición de políticas públicas para favorecer el envejecimiento saludable de la población en México, con la participación de los sectores social y privado.<sup>210</sup>

Además de las funciones establecidas para todas las instituciones, el INGer debe (artículo 7o. ter, LINSalud):

2. Apoyar a la Secretaría, en su carácter de dependencia coordinadora de sector, para la elaboración y ejecución de los programas anuales, sectoriales, especiales y regionales de salud en el ámbito de sus funciones, así como promover la concertación de acciones con los sectores social y privado en su ámbito de competencia.

3. Fomentar la realización de proyectos de desarrollo de tecnología especializada, obteniendo con ello protocolos de innovación tecnológica en cuanto a la elaboración de medios de diagnóstico y tratamiento.

4. Ser el centro nacional de referencia para asuntos relacionados con estudios sobre el envejecimiento poblacional y sus aplicaciones.

#### *E. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER)*

Este instituto tiene como antecedentes el Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco fundado en 1936. En 1969

<sup>210</sup> Véase <http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/historia.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

cambia su nombre a Hospital para Enfermedades Pulmonares de Huipulco, ampliando su cobertura a pacientes con otras enfermedades pulmonares. En 1975 se convierte en Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares, con las tareas de asistencia médica y enseñanza, así como de investigación científica y técnica en la especialidad de neumología. En 1982 funcionó como unidad desconcentrada de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y el 14 de enero del mismo año se crea como Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.<sup>211</sup>

El INER tiene como objetivos:

1. Desarrollar y promover investigación básica y aplicada para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias.
2. Impartir enseñanza de posgrado a profesionales de la medicina y contribuir a la formación del personal de enfermería, de técnicos y auxiliares en el campo de las enfermedades respiratorias.
3. Proporcionar consulta externa y hospitalaria a pacientes que ameriten tratamiento especializado en materia de enfermedades respiratorias.
4. Asesorar a unidades médicas y centros de enseñanza para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades respiratorias.
5. Realizar y promover eventos y reuniones de carácter nacional e internacional para intercambiar experiencia y difundir los avances que logren en su área de acción.

F. *Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN)*

El INNN fue concebido inicialmente como una institución donde se cultivan las tres principales divisiones de las neurociencias clínicas: neurología, neurocirugía y psiquiatría. Se dedica

<sup>211</sup> Véase <http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/Historia.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

de manera exclusiva a la investigación, enseñanza, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrales, desde sus bases moleculares hasta sus componentes sociales.<sup>212</sup> Tiene como misión desarrollar investigación clínica y básica en la esfera de las neurociencias, coadyuvar a la formación de recursos humanos de alta especialidad y brindar atención profesional de excelencia a pacientes con padecimientos del sistema nervioso.<sup>213</sup>

### *G. Instituto Nacional de Medicina Genómica (Inmegen)*

El Inmegen fue fundado en 2004, como resultado del trabajo realizado desde 2001 por el Consorcio Promotor del Instituto de Medicina Genómica, integrado por la Universidad Nacional Autónoma de México, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de la Secretaría de Salud, y la Fundación Mexicana para la Salud. El instituto realiza investigación genómica, y tiene como principal objetivo

...contribuir al cuidado de la salud de los mexicanos a través del desarrollo de proyectos de investigación científica con tecnología de vanguardia, formación de recursos humanos de excelencia y generación de aplicaciones genómicas innovadoras para mejorar la atención de la salud, con apego a principios éticos universales y de respeto a los Derechos humanos.<sup>214</sup>

Entre otros objetivos están: potencializar una medicina genómica que contribuya a una práctica médica más individualizada, más predictiva y más preventiva; desarrollar nuevas oportunidades de tratamiento, como la farmacogenómica; ofrecer las bases para una práctica médica basada en la estructura genómica de las

<sup>212</sup> Véase <http://www.inmn.salud.gob.mx/interior/instituto/instituto.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

<sup>213</sup> Véase <http://www.inmn.salud.gob.mx/interior/instituto/mision.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

<sup>214</sup> Véase <http://www.inmegen.gob.mx/es/acerca-de/inmegen/>, consultado el 15 de julio de 2012.

poblaciones mexicanas y en sus necesidades epidemiológicas; formar recursos humanos de alta calidad y excelencia, que respondan a las necesidades que requiere el desarrollo de la medicina genómica y áreas afines en México; integrar a la práctica médica, en forma sistemática, herramientas de diagnóstico y tratamiento genómico; fomentar y desarrollar programas académicos en medicina genómica conjuntando recursos humanos y materiales de alta calidad; divulgar los resultados de la investigación en medicina genómica a la comunidad científica y a la sociedad en general; cimentar un sistema de propiedad intelectual asociado a los proyectos de investigación del Inmegen y estimular el desarrollo de nuevos negocios de base genómica con responsabilidad social.<sup>215</sup>

Las atribuciones del Inmegen son las señaladas en los puntos 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 de las actividades correspondientes a los institutos nacionales de salud. Además, otras atribuciones son: realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas en las áreas de su especialidad, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud; impulsar la vinculación con instituciones nacionales para conformar una red de investigación y desarrollo en el campo de la medicina genómica y disciplinas afines, con la participación de instituciones internacionales; fomentar la realización de proyectos de desarrollo de tecnología especializada, obteniendo con ello protocolos de innovación tecnológica en cuanto a la elaboración de medios de diagnóstico, fármaco-genómica y terapia génica, y ser el centro nacional de referencia para asuntos relacionados con estudios sobre el genoma humano y sus aplicaciones. El instituto no presta servicios preventivos, médico-quirúrgicos o de rehabilitación ni proporciona consulta externa, atención hospitalaria o servicios de urgencias a la población (artículo 7o. bis LINSalud).

<sup>215</sup> Véase <http://www.inmegen.gob.mx/es/acerca-de/objetivos/>; consultado el 15 de julio de 2012.

### H. *Instituto Nacional de Pediatría (INP)*

Su antecesor es el Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), creado el 6 de noviembre de 1970, cuyo encargo era otorgar servicios de atención médica pediátrica especializada, realizar investigación científica en las distintas áreas de la pediatría y formar recursos humanos especializados.

El 19 de abril de 1983 se crea el Instituto Nacional de Pediatría mediante decreto presidencial, con objeto de proporcionar atención médica infantil especializada; efectuar investigaciones clínicas y básicas en las distintas disciplinas que componen la pediatría, en las que imparta atención médica; impartir enseñanza para la formación de recursos humanos en las disciplinas de la pediatría; contribuir a la difusión del conocimiento en las diversas disciplinas relacionadas; actuar como organismo de consulta en pediatría para otros organismos; prestar la asesoría que el sector salud le solicite, y apoyar programas de salud pública.<sup>216</sup>

### I. *Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”*

El Instituto nace en 1944, y se amplía y moderniza en 1976. Se identifica por su carácter polifacético, con una visión integral del problema cardiológico. Es un centro hospitalario para la atención del enfermo de escasos recursos; un gran laboratorio de investigación (de ciencia básica y de tipo clínico aplicada), y una escuela superior en donde se enseña la cardiología en sus diferentes grados. Su misión es proporcionar atención cardiovascular de alta especialidad con calidad a la población, preferentemente a la que carece de seguridad social. También desarrolla investigación de vanguardia, y forma especialistas en cardiología y ramas afines.<sup>217</sup>

<sup>216</sup> Véase <http://www.pediatría.gob.mx/rehistoria.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

<sup>217</sup> Véase [https://www.cardiologia.org.mx/el\\_instituto/presentacion/](https://www.cardiologia.org.mx/el_instituto/presentacion/), consultado el 15 de julio de 2012.

J. *Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRF)*

El Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” fue creado con la intención de transformar la manera de entender la enfermedad mental a partir de la investigación, de la traducción de los hallazgos científicos en programas, en mejores prácticas para la prevención de la enfermedad, en la atención de las personas que enferman y en recomendaciones para las políticas públicas.<sup>218</sup>

En 1972 fue creado el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (Cemef), con el fin de atender los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación relacionados con la farmacodependencia. En 1978 se crea el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (Cemesam), que sustituye al Cemef, con la finalidad ampliar sus funciones. Un año después, en 1979 se crea el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con la finalidad de contar con un organismo que se avocara en forma más amplia y con mejores recursos al estudio de problemas de los trastornos mentales y de salud mental. El 26 de mayo de 2000, el Instituto cambia su nombre por Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en honor a su fundador.<sup>219</sup>

El Instituto se desarrolla a través de tres áreas: investigación (neurociencias, clínica, epidemiología y ciencias sociales), enseñanza y servicios clínicos, respaldados por una unidad administrativa; áreas que trabajan para el cumplimiento de los objetivos del Plan de Trabajo 2008-2013, que son:<sup>220</sup>

1. Integración multidisciplinaria en la investigación.
2. Formación profesional basada en la investigación y en la práctica clínica.

<sup>218</sup> Véase <http://www.inprf.gob.mx/inprf/index.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

<sup>219</sup> *Idem.*

<sup>220</sup> *Idem.*

3. Atención basada en los resultados de investigación.
4. Mantenimiento, consolidación y actualización de la infraestructura tecnológica.
5. Traducción de los resultados de investigación para contribuir en la práctica clínica, en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, en la formación de especialistas, en la educación de la población y para informar a las políticas públicas.
6. Mantenimiento de un clima de armonía y una administración racional y transparente de los recursos y que busque el desarrollo de su personal en todos los niveles.

#### K. *Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)*

El Instituto Nacional de Rehabilitación<sup>221</sup> nació del esfuerzo que desde 1973 inició la Secretaría de Salud y Asistencia y el gobierno de la República mexicana, a través del Programa Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CREE). Anteriormente se denominaba Centro Nacional de Rehabilitación, pero el 23 de junio de 2005 obtuvo la denominación de Instituto Nacional de Rehabilitación al ser publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto que lo transformó en instituto, .

El INR tiene como misión abatir la incidencia de la discapacidad que generan en una importante proporción los servicios de atención médica que reducen la letalidad a expensas de dejar secuelas discapacitantes.

El Instituto tiene como objetivos: apoyar las acciones de asistencia social que coordina la Oficina de la Presidencia de la República; formar los recursos humanos médicos y técnicos de su competencia; asegurar permanentemente la atención médica de excelencia al Sistema Nacional de Rehabilitación, y establecer contacto con las instituciones médicas y de educación superior nacionales e internacionales que realizan investigación científica y tecnológica en materia de discapacidad.

<sup>221</sup> Véase <http://www.inr.gob.mx/g20.htm>, consultado el 15 de julio de 2012.

### L. *Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)*

El INSP es una institución académica, cuyo compromiso central es ofrecer resultados de investigación en problemas relevantes de la salud pública para prevenir y controlar enfermedades y formar a profesionales de la salud que ayuden a promover condiciones de vida saludable en los diversos grupos de la población.<sup>222</sup> Su misión es contribuir a la equidad social y a la realización del derecho a la protección de la salud mediante la generación y difusión de conocimiento, la formación de recursos humanos de excelencia y la innovación en investigación multidisciplinaria para el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencia.<sup>223</sup>

El objeto del Instituto es la prestación de servicios de salud a un universo de usuarios no susceptible de determinarse. Sus funciones son los establecidos en los puntos 1, 6 y 9 a 15 de las señaladas como actividades de los institutos nacionales de salud. Además, otras de sus funciones son (artículo 7o., LINSalud):

1. Estudiar y diseñar métodos y técnicas de investigación científica relacionados con la salud.
2. Desarrollar encuestas en las áreas de la salud pública.
3. Coadyuvar a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecciosas y de otros problemas de salud en el país, y de aquéllas que puedan introducirse al territorio nacional.
4. Contribuir al desarrollo de la tecnología diagnóstica apropiada a las necesidades nacionales, en materia de enfermedades transmisibles.
5. Servir como centro de referencia para el diagnóstico de las enfermedades infecciosas.

<sup>222</sup> Véase <http://www.insp.mx/el-instituto/iquienes-somos.html> ; consultado el 15 de julio de 2012.

<sup>223</sup> Véase <http://www.insp.mx/el-instituto/mision-y-vision.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

El patrimonio de los INSaluds se integra por los bienes muebles e inmuebles y derechos transferidos por el gobierno federal; bienes propios, entendidos éstos como los muebles e inmuebles adquiridos por los institutos con recursos autogenerados, externos o de terceros, que utilizan en propósitos distintos a los de su objeto, y que no pueden ser clasificados como bienes del dominio público o privado de la Federación; recursos presupuestales asignados por el gobierno federal; recursos autogenerados; recursos de origen externo y demás bienes, derechos y recursos que por cualquier título adquieran (artículo 9o., LINSalud).

Los ingresos derivados de servicios, bienes o productos que presten o produzcan son destinados a la atención de necesidades previamente determinadas por sus órganos de gobierno, fijadas conforme al Presupuesto de Egresos de la Federación (artículo 11, LINSalud).

La Ley Federal de Entidades Paraestatales (LFEP) establece en su artículo 47, que las entidades paraestatales deben sujetarse a la Ley de Planeación, al Plan Nacional de Desarrollo, a los programas sectoriales que se deriven del mismo y a las asignaciones de gasto y financiamiento autorizadas. Con estas directrices deben formular sus programas institucionales a corto, mediano y largo plazos.

En la formulación de sus presupuestos, las entidades paraestatales deben sujetarse a los lineamientos generales que en materia de gasto establezca la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como a los lineamientos específicos que defina la Coordinadora de Sector (artículo 51 LFEP). La entidad paraestatal manejará y erogará sus recursos propios por medio de sus órganos. En cuanto a subsidios y transferencias, los recibirá de la Tesorería de la Federación en los términos que se fijan en los presupuestos de egresos anuales de la Federación y del Distrito Federal, debiendo manejarlos y administrarlos por sus propios órganos y sujetarse a los controles e informes respectivos, de conformidad con la legislación aplicable (artículo 52, LFEP).

Los programas financieros deben formularse conforme a los lineamientos generales que establezca la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y deberán expresar los fondos propios, aportaciones de capital, contratación de créditos con bancos nacionales o extranjeros, o con cualquier otro intermediario financiero, así como el apoyo financiero que pueda obtenerse de los proveedores de insumos y servicios y de los suministradores de los bienes de producción. El programa contendrá los criterios conforme a los cuales deba ejecutarse el mismo en cuanto a montos, costos, plazos, garantías y avales que en su caso condicionen el apoyo (artículo 53, LFEP).

El director de la entidad paraestatal somete el programa financiero para su autorización al órgano de gobierno respectivo, y una vez aprobado remite a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la parte correspondiente a la suscripción de créditos externos para su autorización y registro (artículo 55, LFEP).

La administración de los INSalud está a cargo de una junta de gobierno y de un director general (artículo 14, LINSalud), en concordancia con lo establecido en el artículo 17 de la Ley Federal de Entidades Paraestatales;<sup>224</sup> las primeras se integran por: *a*) el secretario de Salud, quien las presidirá; *b*) el servidor público de la Secretaría que tenga a su cargo la coordinación sectorial de los INSalud; *c*) un representante de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, del patronato del Instituto, y otro que, a invitación del presidente de la Junta, designe una institución del sector educativo vinculado con la investigación; *d*) cuatro vocales, designados por el secretario de Salud, quienes durarán en su cargo cuatro años y podrán ser ratificados por una sola ocasión (artículo 15, LINSalud).

Los directores generales de los INSalud son designados por las juntas de gobierno, de una terna que debe presentar el pre-

<sup>224</sup> La Ley Federal de Entidades Paraestatales publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de mayo de 1986, establece en su artículo 17, que “La administración de los organismos descentralizados estará a cargo de un Órgano de Gobierno que podrá ser una Junta de Gobierno o su equivalente y un Director General”.

sidente de la junta. Para ser director general de un INSalud se requiere: *a)* ser ciudadano mexicano en pleno ejercicio de sus derechos; *b)* ser profesional de la salud, con alguna de las especialidades del Instituto de que se trate; *c)* tener una trayectoria reconocida en la medicina y reconocidos méritos académicos; *d)* no encontrarse en alguno de los impedimentos que señala el artículo 19, fracciones II a V, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, y *e)* tener experiencia en el desempeño de cargos de alto nivel decisorio cuyo ejercicio requiera conocimientos y experiencia en materia administrativa (artículo 18, LINSalud). Duran en su cargo cinco años, y pueden ser ratificados por otro periodo igual en una sola ocasión (artículo 18, LINSalud).

Las funciones de estos órganos de gobierno son:

### FACULTADES DE LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO DE LOS INSALUD

<i>Juntas de gobierno</i> (artículo 16, LINSalud)	<i>Directores generales</i> (artículo 19, LINSalud)
Las que les confiere la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.	Celebrar y otorgar toda clase de actos, convenios, contratos y documentos inherentes al objeto del Instituto.
Aprobar la distribución del presupuesto anual definitivo de la entidad y el programa de inversiones, de acuerdo con el monto total autorizado de su presupuesto.	Ejercer las más amplias facultades de dominio, administración, pleitos y cobranzas, aun aquellas que requieran cláusula especial. Cuando se trate de actos de dominio se requerirá autorización previa de la Junta de Gobierno para el ejercicio de las facultades relativas.
Aprobar las adecuaciones presupuestales a sus programas, que no impliquen la afectación de su monto total autorizado, recursos de inversión, proyectos financiados con crédito externo, ni el cumplimiento de los objetivos y metas comprometidos.	Emitir, avalar y negociar títulos de crédito.

<i>Juntas de gobierno</i> (artículo 16, LINSalud)	<i>Directores generales</i> (artículo 19, LINSalud)
Establecer los lineamientos para la aplicación de los recursos autogenerados. Autorizar el uso oneroso de espacios en las áreas e instalaciones del Instituto de que se trate, que no sean de uso hospitalario.	Otorgar, sustituir y revocar poderes generales y especiales con las facultades que le competan, incluso las que requieran autorización o cláusula especial.
Aprobar y modificar la estructura básica de la entidad de acuerdo con el monto total autorizado de su presupuesto de servicios personales, así como definir los lineamientos y normas para conformar la estructura ocupacional y salarial, las conversiones de plazas y renivelaciones de puestos y categorías.	Formular denuncias y querellas, así como otorgar el perdón legal.
Establecer el sistema de profesionalización del personal del Instituto de que se trate, con criterios orientados a la estabilidad y desarrollo del personal en la especialidad respectiva, para lo cual se considerarán los recursos previstos en el presupuesto.	Ejercitar y desistirse de acciones judiciales, inclusive en materia de amparo.
Determinar las reglas y los porcentajes conforme a los cuales el personal que participe en proyectos determinados de investigación podrá beneficiarse de los recursos generados por el proyecto, así como, por un periodo determinado, en las regalías que resulten de aplicar o explotar derechos de propiedad industrial o intelectual, que deriven de proyectos realizados en el Instituto.	Celebrar transacciones en materia judicial y comprometer asuntos en arbitraje.
Aprobar, a propuesta del director general, el trámite ante la coordinadora de sector para modificar o imponer nombres de médicos o benefactores a instalaciones y áreas de éste.	Proponer a la Junta de Gobierno los estímulos que deban otorgarse al personal del Instituto.

<i>Juntas de gobierno</i> (artículo 16, LINSalud)	<i>Directores generales</i> (artículo 19, LINSalud)
	Otorgar reconocimientos no económicos a personas físicas o morales benefactoras del Instituto, incluidos aquellos que consistan en testimonios públicos permanentes.
	Autorizar la apertura de cuentas de inversión financiera, las que siempre serán de renta fija o de rendimiento garantizado.
	Fijar las condiciones generales de trabajo del Instituto, tomando en cuenta la opinión del Sindicato correspondiente.

Además de los órganos de gobierno, los INSalud cuentan con tres órganos de apoyo: un patronato, un consejo asesor técnico y un consejo técnico de administración, que fungirán como órganos de apoyo y consulta (artículo 21, LINSalud); además, podrán nombrar a investigadores eméritos (artículo 31, LINSalud).

Los patronatos son encargados de apoyar las labores de investigación, enseñanza y atención médica de los institutos, principalmente con la obtención de recursos de origen externo (artículo 21, LINSalud); los consejos asesores externos se encargan de recibir información general sobre los temas y desarrollo de las investigaciones que se lleven a cabo en el instituto, y proponer al director general líneas de investigación, mejoras para el equipamiento o para la atención a pacientes, así como en la calidad y eficiencia del instituto de que se trate (artículo 27, LINSalud); y los consejos técnicos de administración y programación actúan como instancia de intercambio de experiencias, de propuestas de soluciones de conjunto, de congruencia de acciones y del establecimiento de criterios tendientes al desarrollo y al cumplimiento de los objetivos del Instituto, además: *a)* proponen las adecuaciones administrativas que se requieran para el eficaz cumplimiento de los objetivos y metas establecidos; *b)* opinan respecto de las políticas generales

y operativas de orden interno; *c*) analizan problemas relativos a aspectos o acciones comunes a diversas áreas del Instituto y emiten su opinión al respecto, y *d*) proponen al director general la adopción de medidas de orden general tendientes al mejoramiento administrativo y operacional del Instituto (artículo 29, LINSalud).

También tendrán los INSalud un órgano de vigilancia integrado por un comisario público propietario y un suplente designados por la Secretaría de la Función Pública, y tendrán las atribuciones que les otorga la Ley Federal de las Entidades Paraestatales (artículo 32 LINSalud), y un órgano interno de control, denominado contraloría interna, cuyo titular y los de las áreas de auditoría, quejas y responsabilidades que auxiliarán a éste dependerán de la Secretaría de la Función Pública (artículo 33, LINSalud).

#### 4. *Hospitales regionales de alta especialidad (HRAE)*

Los HRAE son establecimientos públicos del Sistema Nacional de Salud, integrantes de la Red de Servicios de Alta Especialidad (Redsaes), que prestan servicios de atención médica de alta especialidad; así, cada HRAE ofrece un conjunto de especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas enfocados a padecimientos de baja incidencia y alta complejidad diagnóstico-terapéutica.<sup>225</sup>

Cada HRAE está conformado por al menos cuatro bloques de servicios bien diferenciados:<sup>226</sup>

1. Una unidad de atención médico-quirúrgica, de producción “artesanal”, con productos individualizados, pero con procesos que tienden a la estandarización, basados en la evidencia científica.
2. Una unidad de producción de servicios intermedios con procesos similares a los que se desarrollan en la industria, con el empleo de alta tecnología y automatización.

<sup>225</sup> Véase <http://www.ccinshae.gob.mx/2011/hrae.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

<sup>226</sup> *Idem.*

3. Una unidad de educación superior y vínculo con la investigación, para formación técnica, profesional y de posgrado.

4. Una unidad de producción de servicios especializados destinados al hospedaje, alimentación (dietética) y confort, cuyos usuarios requieren satisfactores muy diversos y tienen diferentes exigencias y expectativas.

Actualmente existen seis HRAE: HRAE del Bajío, HRAE de Oaxaca, HRAE de la Península de Yucatán, el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas que incluye al Hospital de Especialidades Pediátricas en Tuxtla Gutiérrez y al HRAE Ciudad Salud en Tapachula, y el HRAE de Cd. Victoria, Tamaulipas.

#### 5. *Hospitales federales de referencia (HFR)*<sup>227</sup>

Los hospitales federales de referencia son un conjunto de seis unidades hospitalarias: Hospital General de México, Hospital Juárez de México, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Hospital Nacional Homeopático, Hospital de la Mujer, y Hospital Juárez del Centro, que operan como unidades de concentración para todo el territorio nacional. Sus acciones se dirigen en tres áreas específicas: *a)* prestación de servicios de atención médica general y especializada; *b)* capacitación y formación de recursos humanos calificados, y *c)* actividades de investigación para la salud.

Los HFR se encuentran adscritos a la Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia (DGCHFR), quien los coordina, y ésta a su vez está adscrita a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

La principal función de la DGCHFR con relación a las HFR es implementar y coordinar en los HFR las estrategias de ope-

<sup>227</sup> Véase <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2012/hfr.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

ración, calidad, mejora continua y desarrollo que permitan su correcto funcionamiento dentro de la red nacional de servicios de atención médica.

Entre sus atribuciones están: conducir el sistema de gestión para la optimización de recursos hospitalarios, humanos, materiales y financieros, así como evaluar su funcionamiento; conducir la planeación y gestión de los recursos humanos de los HFR y vigilar su ejecución; patrocinar y asesorar el desarrollo de programas y proyectos orientados a mejorar y garantizar la calidad de los servicios de los HFR; proponer nuevos esquemas de gerencia y operación hospitalaria; establecer procedimientos de coordinación operativa entre los HFR y otras unidades hospitalarias del sector; establecer la planeación estratégica que se implementará en la gestión hospitalaria, a través del sistema de red de institutos nacionales de salud y medicina de alta especialidad; proponer la elaboración y actualización de normas oficiales mexicanas que regulen el funcionamiento de los HFR.

La estructura organizativa de los HFR comprende: una Dirección General, una dirección general adjunta, tres direcciones de área, tres subdirecciones de área y una Jefatura de Departamento.

## X. SECTOR PRIVADO

El sector privado comprende a prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa y a las compañías aseguradoras.

Conforme al Código Civil Federal, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* en cuatro partes los días 26 de mayo, 14 de julio, 3 y 31 de agosto de 1928, en el ámbito de lo civil, los servicios médicos privados pueden ofrecerse por asociaciones y sociedades. La asociación se da cuando varios individuos convienen en reunirse, de manera no enteramente transitoria, para realizar un fin común que no esté prohibido por la ley y que no tenga carácter preponderantemente económico (artículo 2670, CCF); esto

se realiza mediante un contrato escrito: contrato de asociación (artículo 2671, CCF).

Por su parte, la sociedad es cuando por un contrato de sociedad (contrato escrito) los socios se obligan mutuamente a combinar sus recursos o sus esfuerzos para la realización de un fin común, de carácter preponderantemente económico, pero que no constituya una especulación comercial (artículo 2688).

Los servicios médicos pueden ofrecerse también por sociedades mercantiles de varios tipos. La Ley General de Sociedades Mercantiles, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de agosto de 1934, reconoce seis especies de sociedades mercantiles: sociedad en nombre colectivo; sociedad en comandita simple; sociedad de responsabilidad limitada; sociedad anónima; sociedad en comandita por acciones, y sociedad cooperativa, los cinco primeros que pueden constituirse como sociedad de capital variable (artículo 1o., LGSM).

La sociedad en nombre colectivo es aquella que existe bajo una razón social, y en la que todos los socios responden, de modo subsidiario, ilimitada y solidariamente, de las obligaciones sociales (artículo 25, LGSM).

La sociedad en comandita simple es la que existe bajo una razón social, y se compone de uno o varios socios comanditados, que responden, de manera subsidiaria, ilimitada y solidariamente, de las obligaciones sociales, y de uno o varios comanditarios, que únicamente están obligados al pago de sus aportaciones (artículo 51, LGSM).

La sociedad de responsabilidad limitada es la que se constituye entre socios que solamente están obligados al pago de sus aportaciones, sin que las partes sociales puedan estar representadas por títulos negociables, a la orden o al portador, pues solo serán cedibles en los casos y con los requisitos que establece la LGSM (artículo 58, LGSM).

La sociedad anónima es la que existe bajo una denominación, y se compone exclusivamente de socios cuya obligación se limita al pago de sus acciones (artículo 87, LGSM).

La sociedad en comandita por acciones es la que se compone de uno o varios socios comanditados, que responden de manera subsidiaria, ilimitada y solidariamente, de las obligaciones sociales, y de uno o varios comanditarios, que únicamente están obligados al pago de sus acciones (artículo 207, LGSM).

La sociedad en comandita por acciones se diferencia de la sociedad en comandita simple en su capital social, que se divide en acciones, y no pueden cederse sin el consentimiento de la totalidad de los comanditados y el de las dos terceras partes de los comanditarios (artículo 208-209, LGSM).

La sociedad cooperativa, conforme a lo establecido en el artículo 2o. de la Ley General de Sociedades Cooperativas publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 3 de agosto de 1994, es aquella integrada por personas físicas con base en intereses comunes y en los principios de solidaridad, esfuerzo propio y ayuda mutua, con el propósito de satisfacer necesidades individuales y colectivas, a través de la realización de actividades económicas de producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

El sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados.

## XI. SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (LEY DE ASISTENCIA SOCIAL Y SU REGLAMENTO)

Conforme a la fracción XVIII del artículo 3o. de la Ley General de Salud, la asistencia social es materia de salubridad general. La 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 (artículo 167, LGS). En este contexto, las actividades básicas de asistencia social son (artículo 168):

- La atención a personas que, por sus carencias socioeconómicas o por problemas de invalidez, se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo;
- La atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos;
- La promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud;
- El ejercicio de la tutela de los menores, en los términos de las disposiciones legales aplicables;
- La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos e inválidos sin recursos;
- La realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social;
- La promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencias en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social que se lleven a cabo en su propio beneficio;
- El apoyo a la educación y capacitación para el trabajo de personas con carencias socioeconómicas, y
- La prestación de servicios funerarios.

Para poder llevar a cabo estas acciones de asistencia social, la Ley General de Salud prevé un organismo del gobierno federal, que tendrá entre sus objetivos la promoción de la asistencia social, prestación de servicios en ese campo y la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables. Dicho organismo promoverá la interrelación sistemática de acciones que en el campo de la asistencia social lleven a cabo las instituciones públicas (artículo 172, LGS); y se coordinará con las dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas en las acciones que correspondan.

La ley de Asistencia Social fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 2 de septiembre de 2004. En su artículo 9o. destaca que la Secretaría de Salud, en su carácter de autoridad sanitaria, y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de

la Familia, en su carácter de coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, tendrán respecto de la asistencia social, y como materia de “salubridad general”, las siguientes atribuciones:

- Vigilar el estricto cumplimiento de esta Ley, así como las disposiciones que se dicten con base en ella.
- Formular las Normas Oficiales Mexicanas que rijan la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social, a fin de garantizar la calidad de los servicios, y los derechos de los sujetos de esta Ley; así como la difusión y actualización de las mismas entre los integrantes del Sistema Nacional de Salud, y del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada.
- Certificar que los servicios que presten en la materia las instituciones de los sectores público y privado, cumplan con lo estipulado en las Normas Oficiales Mexicanas señaladas en el artículo anterior;
- Supervisar la debida aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas que rijan la prestación de los servicios de salud en esta materia, así como evaluar los resultados de los servicios asistenciales que se presten conforme a las mismas.
- Apoyar la coordinación entre las instituciones que presten servicios de asistencia social y las educativas para formar y capacitar recursos humanos en la materia;
- Promover la investigación científica y tecnológica que tienda a desarrollar y mejorar la prestación de los servicios asistenciales en materia de salubridad general;
- Formar personal profesional en materias relacionadas con la prestación de servicios de asistencia social;
- Coordinar un Sistema Nacional de Información en materia de asistencia social en colaboración con el INEGI;
- Coordinar, con las entidades federativas, la prestación y promoción de los servicios de salud en materia de asistencia social;
- Concertar acciones con los sectores social y privado, mediante convenios y contratos en que se regulen la prestación y promoción de los servicios de salud en materia de asistencia social,

- con la participación que corresponda a otras dependencias o entidades;
- Coordinar, evaluar y dar seguimiento a los servicios de salud que en materia de asistencia social presten las instituciones a que se refiere el artículo 34 Fracción II de la Ley General de Salud;
  - Realizar investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social;
  - Coordinar, integrar y sistematizar un Directorio Nacional de Instituciones públicas y privadas de asistencia social;
  - Supervisar y coadyuvar en el desarrollo de los procesos de adopción de menores, y
  - Las demás que le otorga la Ley General de Salud.

Como se advierte, por declaración legal todas estas materias son “salubridad general”; esto es, temas de salud pública.

Petróleos Mexicanos no cotiza ante el Seguro Social, dada la existencia fáctica de una subrogación de obligaciones por el Contrato Colectivo de Trabajo, “ello no faculta a la paraestatal para reconocer o negar a su arbitrio derechos estimados como necesarios e irrenunciables para el trabajador”.

## XII. OPERADORES ESTATALES DE SALUD

Cada entidad federativa tiene sus propios operadores de salud. Estos se rigen por las leyes de salud de las mismas entidades. De manera general, estas leyes de salud reglamentan el derecho a la protección de la salud, regulan las bases y modalidades del acceso al servicio de salud, establecen los sistemas estatales de salud, regulan la salubridad general y local y establecen las autoridades sanitarias, que son: el gobernador del estado; la secretaría de salud del estado o su equivalente, y los ayuntamientos, sin perjuicio de que se incluyan otros organismos, como pueden ser institutos de servicios de salud.

## DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
Aguascalientes	Ley de Salud del Estado de Aguascalientes	6 junio 1999	26 noviembre 2001 27 diciembre 2004 8 agosto 2005 17 julio 2006 16 junio 2008 30 marzo 2009 13 julio 2009 31 agosto 2009 2 noviembre 2009 14 diciembre 2009
Baja California	Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California		9 noviembre 2001 5 julio 2002 14 marzo 2003 12 agosto 2005 19 mayo 2006 19 octubre 2007 (2 decretos) 16 mayo 2008 14 agosto 2009 28 agosto 2009 13 noviembre 2009
Baja California Sur	Ley de Salud Para el Estado de Baja California Sur		31 diciembre 2004 14 junio 2005 28 diciembre 2005
Campeche	Ley de Salud del Estado de Campeche	31 diciembre 1987	22 diciembre 1994 3 abril 1998 30 junio 1999 15 septiembre 2006 14 septiembre 2009
	Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Estado de Campeche	16 julio 2009	
	Reglamento Interior del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche	16 noviembre 1999	20 octubre 2000 Fe de erratas

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

279

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
	Reglamento de la Ley de Salud del Estado de Campeche en Materia de Control al Consumo, Venta, Promoción y Publicidad del Tabaco	24 mayo 2001	12 julio 2001 Fe de erratas 16 diciembre 2004
Chiapas	Ley de Salud del Estado de Chiapas	12 agosto 1998	26 noviembre 2004
	Reglamento para la Protección de la Salud de la Población No fumadora del Estado de Chiapas	11 octubre 2000	
	Reglamento de la Ley de Salud del Estado de Chiapas en Materia de Control Sanitario de Establecimientos que Expendan o Suministren Bebidas Alcohólicas	22 septiembre 1999	5 enero 2000 Fe de erratas 26 abril 2000 11 mayo 2005 29 agosto 2007
Chihuahua	Ley Estatal de Salud del Estado de Chihuahua	11 marzo 1987	14 febrero 1990 30 noviembre 1994 31 mayo 2000 12 marzo 2003 24 septiembre 2003 4 febrero 2004 7 agosto 2004 9 noviembre 2005 4 agosto 2007 7 enero 2009 7 noviembre 2009 5 diciembre 2009
	Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores para el Estado de Chihuahua	7 noviembre 2009	

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
Coahuila	Ley Estatal de Salud para el Estado de Coahuila de Zaragoza	30 julio 1993	21 julio 1998 15 febrero 2005 24 octubre 2008
Colima	Ley de Salud del Estado de Colima	23 diciembre 2000	2 septiembre 2006 14 julio 2007 8 septiembre 2007 3 mayo 2008
	Ley Estatal de Protección a la Salud de los No Fumadores del Estado de Colima	3 mayo 2008	
	Reglamento para la Protección de los No Fumadores	5 mayo 2001	
Distrito Federal	Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal	29 enero 2004	1 noviembre 2007 11 enero 2008 4 marzo 2008 3 octubre 2008
	Ley de Salud del Distrito Federal	17 septiembre 2009	
	Reglamento de la Ley de Protección a la Salud de los No fumadores en el Distrito Federal	4 abril 2008	
Durango	Ley de Salud del Estado de Durango	11 julio 2002	29 junio 2008 4 octubre 2009
Estado de México	Código Administrativo del Estado de México	13 de diciembre de 2001	6 diciembre 2002 11 diciembre 2002 7 agosto 2003 2 septiembre 2003 3 septiembre 2003 30 abril 2004 11 agosto 2004 27 julio 2005 22 agosto 22 diciembre 2005 30 diciembre 2005 5 enero 2006 3 mayo 2006

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

281

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
			21 agosto 2006 27 diciembre 2006 29 diciembre 2006 18 junio 2007 8 agosto 2007 3 diciembre 2007 26 diciembre 2007 31 diciembre 2007 31 diciembre 2007 14 mayo 2008 8 agosto 2008 15 agosto 2008 6 octubre 2008 14 octubre 2008 11 diciembre 2008 6 agosto 2009 6 agosto 2009 Fe de erratas. 10 enero 2010 25 enero 2010 4 febrero 2010
	Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	28 enero 2005	22 mayo 2008 7 mayo 2009
	Reglamento de Salud del Estado de México	13 marzo 2002	31 enero 2005 24 marzo 2005 Fe de erratas
	Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México	1o. marzo 2005	6 Julio 2005
Guanajuato	Ley de Salud del Estado de Guanajuato	8 agosto 1986	19 noviembre 1993 24 diciembre 1996 24 diciembre 2002 18 febrero 2003 Fe de erratas 15 junio 2007
Guerrero	Ley de Salud del Estado de Guerrero	25 abril 1995	21 enero 1997 15 octubre 1999 28 octubre 2005 6 noviembre 2007

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
Hidalgo	Ley de Salud del Estado de Hidalgo	30 agosto 2004	13 octubre 2008
Jalisco	Ley del Organismo Público Descentralizado “Servicios de Salud Jalisco”	10 abril 1997	
	Ley Estatal de Salud	30 diciembre 1986	31 enero 1987 Fe de erratas 31 mayo 1990. Fe de erratas 12 junio 1999. 17 junio 1999. 12 agosto 1999 12 agosto 1999 13 marzo 2001 29 diciembre 2001 15 enero 2002 30 diciembre 2003 5 junio 2004 24 junio 2004 22 julio 2004 24 julio 2004 28 septiembre 2004 (2 decretos) 7 octubre 2004 7 octubre 2004 7 julio 2005 4 marzo 2006 22 junio 2006 26 agosto 2006 28 septiembre 2006 Fe de erratas 31 octubre 2006 11 enero 2007 13 enero 2007 22 febrero 2007 5 febrero 2009
	Reglamento de la Ley de Creación del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco	3 agosto 1999	2 diciembre de 2000 27 octubre 2007

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

283

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
	Reglamento de la Ley Estatal de Salud en Materia de Festividades Populares	4 octubre 1990	
	Reglamento de la Ley Estatal de Salud en Materia de Protección a No Fumadores	13 marzo 2001	
Michoacán	Ley de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo	10 septiembre 2007	8 junio 2009
Morelos	Ley de Salud del Estado de Morelos	29 junio 2005 publicación	5 noviembre 2008 10 diciembre 2008 Fe de erratas 11 diciembre 2008 17 junio 2009
	Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores para el Estado de Morelos	20 julio 2005	27 julio 2005 Fe de erratas
	Reglamento Municipal de Salud Público de Cuernavaca	2 noviembre 1994	
Nayarit	Ley de Salud para el Estado de Nayarit	30 abril 1994	7 septiembre 1994 Fe de erratas 8 noviembre 2000 17 agosto 2002 28 septiembre 2002 14 noviembre 2007
Nuevo León	Ley Estatal de Salud	12 diciembre 1988	26 noviembre 1993 26 julio 1999 14 enero 2005 10 febrero 2006 12 febrero 2007 (2 decretos) 16 febrero 2007 29 octubre 2007 25 mayo 2009 2 diciembre 2009

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
	Ley que Crea el Organismo Público Descentralizado Denominado Servicios de Salud de Nuevo León	18 diciembre 1996	
	Reglamento de la Ley de Salud	30 mayo 1990	
Oaxaca	Ley Estatal de Salud del Estado de Oaxaca	5 marzo 1994	20 agosto 1994 Fe de erratas 7 febrero 1998 26 septiembre 1998 6 noviembre 1999 Fe de erratas 15 septiembre 2001 12 abril 2004 26 abril 2004 Fe de erratas 26 junio 2004 Fe de erratas 22 marzo 2005
Puebla	Ley Estatal de Salud	15 noviembre 1994	7 marzo 2005 Fe de erratas 25 septiembre 1996 Fe de erratas 10 marzo 2000 12 enero 2005 31 diciembre 2008
Querétaro	Ley de Salud para el Estado de Querétaro	11 julio 2003	17 febrero 2006 9 junio 2006 11 agosto 2006
Quintana Roo	Ley de Salud del Estado de Quintana Roo	30 diciembre 1994	2 enero 1995 Fe de erratas 7 mayo 1997 30 abril 1998
	Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores para el Estado de Quintana Roo	7 agosto 2007	

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

285

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
San Luis Potosí	Ley Estatal de Salud del Estado de San Luis Potosí	23 diciembre 2004	4 diciembre 2007 29 marzo 2008 18 diciembre 2008 7 julio 2009 30 julio 2009
	Ley Estatal para la Protección de la Salud de las Personas No fumadoras del Estado de San Luis Potosí	28 marzo 2009	31 marzo 2009 Fe de erratas
	Reglamento a los artículos 155 y 156 de la Ley Estatal de Salud para la Protección de los No Fumadores en el Estado de San Luis Potosí	20 agosto 1992	
Sinaloa	Ley de Salud del Estado de Sinaloa	3 septiembre 2004	6 octubre 2004 Fe de erratas 11 noviembre 2008
Sonora	Ley de Salud del Estado de Sonora	22 julio 1992	10 marzo 1997 7 julio 2003 20 junio 2005 6 julio 2006 9 junio 2008 26 diciembre 2008 5 febrero 2009 Fe de erratas 4 junio 2009 28 junio 2010
Tabasco	Ley de Salud del Estado de Tabasco	12 diciembre 2009	
Tamaulipas	Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas	27 noviembre 2001	2 enero 2002 Fe de erratas 23 octubre 2003 15 diciembre 2004 6 diciembre 2005 8 diciembre 2005 8 diciembre 2005 19 julio 2006

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
			6 septiembre 2006 15 marzo 2007 1o. agosto 2007 8 noviembre 2007 12 febrero 2008 (2 decretos) 11 junio 2008 7 julio 2009 2 noviembre 2010 16 diciembre 2010 (2 decretos)
Tlaxcala	Ley de Salud del Estado de Tlaxcala	28 noviembre 2000	21 diciembre 2007 13 octubre 2009
	Reglamento Interior para la Operación del Comité para el Fondo de Aportaciones Múltiples en su Apartado de Asistencia Social	15 julio 1998	
Veracruz	Ley que crea el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Veracruz	6 marzo 1997	
Yucatán	Ley de Salud del Estado de Yucatán	16 marzo 1992	1o. abril 1992 Fe de erratas 23 enero 2003 9 julio 2007
Zacatecas	Ley de Salud del Estado de Zacatecas	30 junio 2001	19 febrero 2003 3 agosto 2005 7 noviembre 2009

A pesar de estos logros, el sistema mexicano de salud enfrenta dos grandes desafíos que organizacional y operativamente obstaculizan su desempeño eficiente y efectivo: la segmentación del sistema de salud y la fragmentación de los servicios de salud. La segmentación se define como “la coexistencia de subsistemas con

distinto financiamiento, compartimentalizados, que cubren diversos segmentos de la población, generalmente con base en su capacidad de pago o su condición laboral dentro del sector formal de la economía”, y por fragmentación se entiende “la coexistencia de varias unidades o establecimientos que no están debidamente integrados dentro de una red sanitaria asistencial”.<sup>228</sup> Lo anterior pone en riesgo la viabilidad del derecho humano a la salud, porque se da prioridad a lo económico, por encima del derecho.

### XIII. RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS DE LA SALUD

La infraestructura es el conjunto de elementos necesarios para el funcionamiento de un sistema, organización, o para el desarrollo de una actividad. Se refiere al cúmulo de recursos físicos, materiales, técnicos y humanos, en este caso dedicados a la salud.

En México, la infraestructura física y humana, aunque ha aumentado en los últimos años, todavía está por debajo de promedio de la OECD. De diez elementos evaluados: médicos, enfermeras, médicos graduados, enfermeras graduadas, camas de hospital, camas de cuidados curativos, camas de cuidados psiquiátricos, equipo para imagen de resonancia magnética, y equipo para tomografía axial computarizada, solo en el caso de médicos graduados está por encima de promedio de la OECD, siendo que en México hay 11.6 médicos graduados por cada 100,000 habitantes, mientras que el promedio de la OECD es de 10.3 graduados por cada 100,000 habitantes.

<sup>228</sup> Gobierno federal, *Rendición de cuentas en salud 2010*, México, Secretaría de Salud, 2011, p. 15. En el informe se cita, a su vez, como fuente de las expresiones en comillas, a: Organización Panamericana de la Salud. “Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud-Introducción y Generalidades”. Washington, D. C., OPS, 2010.

## RECURSOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD (2010)<sup>229</sup>

<i>Recurso</i>	<i>México</i>	<i>Promedio OECD</i>
Médicos por 1,000 habitantes	2.0	3.1
Enfermeras por 1,000 habitantes	2.5	8.7
Médicos graduados por 100,000 habitantes	11.6	10.3
Enfermeras graduadas por 100,000 habitantes	9.8	39.8
Camas de hospital por 1,000 habitantes	1.6	4.9
Camas de cuidados curativos (agudos) por 1,000 habitantes	1.6	3.4
Camas de cuidados psiquiátricos por 1,000 habitantes	0.0	0.7
Unidades de MRI (Imagen por Resonancia Magnética) por 1,000,000 habitantes	2.0	12.5
Tomografía axial computarizada	4.8	22.6

Respecto de los recursos humanos públicos y privados, no hay datos recientes del sector privado en esta área. Según datos comparativos del Sistema Nacional de Información en Salud, para 2007 había 152,566 médicos y 64,754 enfermeras pertenecientes al sector público, en comparación con 64,754 médicos y 39, 212 enfermeras del sector privado. Como se observa, el sector público concentra la mayoría de los recursos humanos en materia de salud.

## RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR PÚBLICO Y DEL SECTOR PRIVADO (2007)<sup>230</sup>

	<i>Público</i>	<i>Privado</i>
Médicos	152,566	64,754
Enfermeras	208,612	39,212

<sup>229</sup> OECD Health Data 2012, en <http://stats.oecd.org/Index.aspx?>, consultado el 15 de julio de 2012.

<sup>230</sup> Datos del Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais).

Los recursos humanos del sector público incluyen médicos y enfermeras de la Secretaría de Salud, IMSS-Oportunidades, Universitarios, Estatales, IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena y Semar, que tienen contacto con el paciente. Los médicos del sector privado son de unidades médicas de hospitalización de este sector, con contacto con el paciente. Se incluyen médicos generales, especialistas, odontólogos, pasantes, residentes e internos; enfermeras generales, especialistas, pasantes, auxiliares y en otras labores.

Los recursos humanos del sector público se distribuyen en servicios para la atención de la población asegurada y para la atención de la población no asegurada.

### RECURSOS HUMANOS PARA LA POBLACIÓN ASEGURADA (2008)<sup>231</sup>

	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Sedena</i>	<i>Semar</i>	<i>STM metro</i>	<i>Estatales</i>
Total de recursos humanos	284 037	63,874	12,176	nd	2,487	326	12,188
Médicos y enfermeras en contacto con paciente	137,347	38,962	5,322	nd	1,988	224	7,142
Personal médico	65,204	19,141	2,601	nd	1,054	129	3,901
Médicos en contacto con pacientes	56,144	17,204	2,427	nd	948	119	3,672
Médicos generales	16,046	3,936	1,003	nd	293	60	1,097
Médicos especialistas	29,508	10,622	1,424	nd	584	59	1,955

<sup>231</sup> *Idem.*

	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Sedena</i>	<i>Semar</i>	<i>STM metro</i>	<i>Estatales</i>
Médicos de especialidades básicas	11,408	4,618	444	nd	162	26	722
Ginecobstetra	3,402	973	102	nd	40	9	178
Pediatras	3,108	899	189	nd	54	16	204
Cirujanos	2,375	1,199	76	nd	42	nd	163
Internistas	2,523	1,547	77	nd	26	1	177
Odentólogos	2,078	805	139	nd	152	14	217
Psiquiatras	268	nd	16	nd	7	nd	16
Ortopedistas	nd	nd	nd	nd	27	5	27
Traumatólogos	1,722	nd	71	nd	24	1	69
Endocrinólogos	120	nd	9	nd	3	1	26
Urólogos	379	nd	20	nd	69	nd	29
Otros especialistas	13,533	5,199	725	nd	203	12	849
Médicos en formación	10,590	2,646	nd	nd	71	nd	620
Pasantes de medicina	nd	157	nd	nd	14	nd	50
Pasantes de odontología	nd	nd	nd	nd	nd	nd	8
Internos de pregrado	nd	1,029	nd	nd	32	nd	160
Residentes	10,590	1,460	nd	nd	25	nd	402
Médicos en otras labores	9,060	1,937	174	nd	106	10	229
Personal paramédico	218,833	44,733	9,577	nd	1,433	197	8,287

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

291

	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Sedena</i>	<i>Semar</i>	<i>STM metro</i>	<i>Estatales</i>
Enfermeras	90,113	21,758	3,019	nd	1,118	109	3,603
Enfermeras en contacto con paciente	81,203	21,758	2,895	nd	1,040	105	3,470
Enfermeras generales	39,406	8,309	1,153	nd	432	82	1,997
Enfermeras especialistas	11,514	6,026	567	nd	191	8	700
Enfermeras pasantes	nd	513	nd	nd	39	nd	98
Enfermeras auxiliares	30,283	6,910	1,175	nd	378	15	675
Enfermeras en otras labores	8,910	nd	124	nd	78	4	133
Personal de trabajo social	26,846	nd	211	nd	14	9	255
Personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	24,168	3,369	595	nd	301	5	755
Personal administrativo	18,412	9,776	1,361	nd	nd	33	2,296
Otro personal	59,294	9,830	4,391	nd	nd	41	1,378

## RECURSOS HUMANOS PARA POBLACIÓN NO ASEGURADA<sup>232</sup>

	<i>SSa</i>	<i>IMSS-O</i>	<i>Universitarios</i>
Total de recursos humanos	284,142	17,553	8,511
Médicos y enfermeras en contacto con paciente	167,852	12,030	4,437
Personal médico	78,180	5,655	1,972
Médicos en contacto con pacientes	72,412	5,240	1,783
Médicos generales	21,839	2,261	144
Médicos especialistas	28,491	153	1,191
Médicos de especialidades básicas	12,099	40	433
Ginecobstétricas	3,614	10	93
Pediatras	3,943	10	168
Cirujanos	2,783	10	115
Internistas	1,759	10	57
Odontólogos	4,961	102	71
Psiquiatras	586	nd	26
Ortopedistas	309	nd	14
Traumatólogos	849	nd	49
Endocrinólogos	89	nd	12
Urólogos	193	nd	26
Otros especialistas	9,405	nd	560
Médicos en formación	20,082	2,826	448
Pasantes de medicina	8,233	1,923	22
Pasantes de odontología	2,030	36	30
Internos de pregrado	3,727	nd	129
Residentes	6,092	867	267

<sup>232</sup> *Idem.*

	<i>SSa</i>	<i>IMSS-O</i>	<i>Universitarios</i>
Médicos en otras labores	5,768	415	189
Personal paramédico	205,962	11,898	6,539
Enfermeras	100,094	6,904	2,834
Enfermeras en contacto con paciente	95,440	6,790	2,654
Enfermeras generales	49,251	543	1,115
Enfermeras especialistas	7,742	nd	601
Enfermeras pasantes	9,139	228	195
Enfermeras auxiliares	29,308	6,019	743
Enfermeras en otras labores	4,654	114	180
Personal de trabajo social	6,273	139	160
Personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	22,507	452	882
Personal administrativo	33,785	1,952	1,186
Otro personal	42,303	2,451	1,477

Los datos señalados con “nd” no están disponibles.

Los recursos físicos e infraestructura con los que cuentan para atender a la población asegurada se indican en el cuadro siguiente:

### INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS FÍSICOS PARA LA POBLACIÓN ASEGURADA<sup>233</sup>

	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Sedena</i>	<i>Semar</i>	<i>STM metro</i>	<i>Estatales</i>
Unidades médicas	1,379	1,193	58	nd	36	14	209
Unidades médicas de consulta externa	1,115	1,086	35	nd	4	14	182

<sup>233</sup> *Idem.*

	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Sedena</i>	<i>11Semar</i>	<i>STM metro</i>	<i>Estatales</i>
Unidades hospitalarias	264	107	23	nd	32	na	27
Consultorios	14,523	5,724	1,013	nd	439	82	1,093
Consultorios generales	6,841	2,415	215	nd	84	25	431
Consultorios de especialidades básicas	1,096	nd	187	nd	102	20	157
Otros consultorios	6,586	1,325	611	nd	253	37	505
Incubadoras	1,774	210	86	nd	57	na	156
Quirófanos	969	317	50	nd	46	na	79
Salas de expulsión	454	157	25	nd	27	na	34
Bancos de sangre	38	50	12	nd	3	na	13
Laboratorios de análisis clínicos	540	236	23	nd	31	na	31
Laboratorios de anatomía patológica	111	48	10	nd	8	na	7
Centrales de equipos y esterilización	nd	nd	28	nd	31	na	45
Unidades de cuidados intensivos	90	nd	15	nd	11	na	23
Unidades de cuidados intermedios	nd	nd	1	nd	11	na	4

	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Sedena</i>	<i>Semar</i>	<i>STM metro</i>	<i>Estatales</i>
Farmacias en unidades de atención médica	709	329	44	nd	35	nd	144
Ambulancias	923	nd	123	nd	63	na	107
Aulas de enseñanza	787	nd	26	nd	13	na	39
Salas de cirugía ambulatoria	nd	nd	8	nd	2	na	7
Refrigeradores (red fría)	nd	nd	89	nd	66	nd	170
Áreas de rehabilitación física	96	nd	13	nd	10	na	3

En lo que se refiere a unidades hospitalarias para asegurados en términos del número de camas censales:

### UNIDADES HOSPITALARIOS SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSALES PARA ASEGURADOS (2008)<sup>234</sup>

<i>Camas</i>	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Semar</i>	<i>Estatales</i>	<i>Total</i>
Menor a 30	73	43	14	20	13	163
30 a 59	34	25	3	8	5	75
60 a 119	50	27	4	3	6	90
120-179	46	6	2	1	3	58
180 o más	61	6	0	0	0	67

En el caso de la infraestructura y recursos físicos para la población no asegurada, los datos son:

<sup>234</sup> *Idem.*

## INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS FÍSICOS PARA POBLACIÓN NO ASEGURADA<sup>235</sup>

	<i>SSa</i>	<i>IMSS-O</i>	<i>Universitarios</i>
Unidades médicas	13,477	3,620	15
Unidades médicas de consulta externa	12,828	3,550	1
Unidades hospitalarias	649	70	14
Consultorios	30,336	4,403	665
Consultorios generales	18,345	3,852	50
Consultorios de especialidades básicas	2,277	271	179
Otros consultorios	9,714	280	436
Incubadoras	1,903	301	61
Quirófanos	1,525	76	59
Salas de expulsión	4,306	70	17
Bancos de sangre	208	nd	11
Laboratorios de análisis clínicos	1,353	70	16
Laboratorios de anatomía patológica	170	nd	10
Centrales de equipos y esterilización	1,476	70	16
Unidades de cuidados intensivos	332	nd	18
Unidades de cuidados intermedios	100	nd	5
Farmacias en unidades de atención médica	3,766	70	13
Ambulancias	1,509	87	21
Aulas de enseñanza	612	71	94
Salas de cirugía ambulatoria	56	nd	14
Refrigeradores (red fría)	7,284	95	35
Áreas de rehabilitación física	216	nd	8

<sup>235</sup> *Idem.*

El número de unidades hospitalarias según el número de camas censales para no asegurados son:

UNIDADES HOSPITALARIAS SEGÚN  
NÚMERO DE CAMAS CENSALES PARA  
NO ASEGURADOS (2008)<sup>236</sup>

<i>Camas</i>	<i>SESA</i>	<i>IMSS-O</i>	<i>Universitarios</i>	<i>Total</i>
Menor a 30	313	25	3	341
30 a 59	160	45	3	208
60 a 119	93	na	5	98
120-179	49	na	1	50
180 o más	34	na	2	36

En lo que se refiere al sector privado de la medicina, sus recursos superan a los que se tienen en el ámbito público, como se muestra en el cuadro siguiente:

INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS FÍSICOS  
DE MEDICINA PRIVADA (2007 ESTIMADO)<sup>237</sup>

UNIDADES	<i>Parcial</i>	
1 a 4 camas	790	
5 a 9 camas	1,324	
10 a 14 camas	524	
15 a 24 camas	266	
25 a 49 camas	156	
Más de 50 camas	80	3,140
Camas		42,744
Consultorios		13,130

<sup>236</sup> *Idem.*

<sup>237</sup> *Idem.*

Un aspecto interesante de la medicina privada es que cuentan con alta tecnología para la atención de la salud y entornos especializados de la medicina. Sin embargo, el sector privado tiene sus vicios. Entre ellos destacamos: altos costos, cobros discretionales en insumos y medicinas, cobro de horas/quirófono no regulado.