

# LA AUTONOMÍA DE GESTIÓN DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Fernando CANO VALLE  
Garbiñe SARUWATARI ZAVALA

## I. INTRODUCCIÓN

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, propuesto por el licenciado Felipe Calderón Hinojosa, presidente constitucional de México, está estructurado en cinco ejes rectores:

- 1) Estado de derecho y seguridad.
- 2) Economía competitiva y generadora de empleos.
- 3) Igualdad de oportunidades.
- 4) Sustentabilidad ambiental.
- 5) Democracia efectiva y política exterior responsable.

Este Plan asume como premisa básica la búsqueda del desarrollo humano sustentable, esto es, del proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades que permita a todos los mexicanos tener una vida digna sin comprometer el patrimonio de las generaciones futuras.

En el documento se establece que la sociedad quiere un México en el que haya leyes modernas, suficientes, claras y sencillas que normen de manera efectiva todos los ámbitos de la vida nacional, quieren que la ley se cumpla y se haga cumplir: en suma, la sociedad exige un Estado democrático de derecho, con una sólida cultura de la legalidad, con certeza jurídica y seguridad para todos.

En ese sentido, es necesario impulsar la consolidación de una *administración ética y eficaz, transparente y responsable*, que sea transparente y rinda cuentas, que combata y castigue la arbitrariedad, la corrupción y la impunidad, que siga abriendo espacios a la participación ciudadana y amplíe los espacios de escrutinio social.

En torno a la salud de la sociedad mexicana, reconoce la importancia de superar las enfermedades asociadas con la pobreza y el rezago social, por lo que se plantean objetivos y estrategias a fin de garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país.

La prevención de enfermedades, epidemias y riesgos en el trabajo es un componente de la mayor importancia para los propósitos nacionales de crecimiento económico y superación de la pobreza. El sentido de este propósito es contribuir a que más personas vean ampliadas sus oportunidades mediante el mejoramiento de la salud.

Se enfatiza a lo largo del Plan la idea de consolidar la investigación en salud y el conocimiento en ciencias médicas vinculadas a la generación de patentes y al desarrollo de la industrial nacional. México cuenta con los recursos necesarios para generar investigación y conocimiento en ciencias de la salud. Sin embargo, la creación de nuevo conocimiento rara vez alcanza a materializarse en bienes comerciables y generadores de ingreso para sus autores y para el país en su conjunto.

Para que la investigación en ciencias de la salud se convierta en un motor generador de empleos en el país, se establecerá una agenda nacional que incentive dicha investigación, particularmente en el área biotecnológica, pero que también facilite y estimule el registro de patentes de nuevos procesos y productos, e impulse la comercialización e industrialización de los mismos.

Profundizar y facilitar los procesos de investigación científica, adopción e innovación tecnológica para incrementar la productividad de la economía

nacional, se presenta como una tarea fundamental, por la fuerza formidable que representa el conocimiento nuevo.

El desarrollo científico, la adopción y la innovación tecnológica constituyen una de las principales fuerzas motrices del crecimiento económico y del bienestar material de las sociedades modernas. Las empresas innovan para mantener su posición competitiva y para evitar perder participación en el mercado a manos de otros competidores. En México, el sector ciencia y tecnología está integrado por las instituciones del sector público, las instituciones de educación superior que forman posgraduados y realizan investigación, y las empresas que invierten en desarrollo tecnológico e innovación.

Para instrumentar esta estrategia mediante el programa correspondiente, el Plan señala que es necesario adoptar las siguientes líneas de política:

Establecer políticas de Estado a corto, mediano y largo plazo que permitan fortalecer la cadena educación, ciencia básica y aplicada, tecnología e innovación buscando generar condiciones para un desarrollo constante y una mejora en las condiciones de la vida de los mexicanos. Un componente esencial es la articulación del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, estableciendo un vínculo más estrecho entre los centros educativos y de investigación y el sector productivo, de forma que

los recursos tengan el mayor impacto posible sobre la competitividad de la economía. Ello también contribuirá a definir de manera más clara las prioridades en materia de investigación.

El documento en cuestión que contempla el desarrollo de México propone fomentar un mayor financiamiento de la ciencia básica y aplicada, la tecnología y la innovación.

Para ello es fundamental identificar mecanismos de financiamiento adicionales, que además sean independientes de la asignación directa de recursos fiscales que año con año hacen el Ejecutivo Federal y el Congreso de la Unión, incluyendo mayores recursos provenientes de las empresas.

Evaluar la aplicación de los recursos públicos que se invertirán en la formación de recursos humanos de alta calidad (científicos y tecnológicos), y en las tareas de investigación científica, innovación y desarrollo tecnológico, de tal manera que se canalicen a áreas prioritarias para el país con el objetivo de que tenga el mayor impacto social y económico posible.

Descentralización de las actividades científicas, tecnológicas y de innovación con el objeto de contribuir al desarrollo regional, al estudio de las necesidades locales, y al desarrollo y diseño de tecnologías adecuadas para potenciar la producción en las diferentes regiones del país.

Mayor inversión en infraestructura científica, tecnológica y de innovación; para ello es necesario desarrollar las fuentes de financiamiento mencionadas, así como desarrollar la agenda activa de mayor inversión en infraestructura.

La estrategia integral propuesta en este Plan está basada en grandes objetivos nacionales y ejes de acción que guiarán la actuación de la Administración Pública Federal durante el periodo 2007-2012. Su ejecución, y la de los programas sectoriales y anuales que de este plan se deriven, se llevará a cabo de acuerdo con las bases de organización establecidas en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Asimismo, las responsabilidades de ejecución corresponden a cada una de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, conforme a sus respectivas competencias que la misma ley y demás disposiciones jurídicas aplicables determinen.

En el caso de programas que impliquen la concurrencia de diversas dependencias y entidades, las responsabilidades de ejecución serán compartidas a través de los diferentes gabinetes en que se ha organizado el despacho de asuntos competencia del Ejecutivo Federal. También existirá una responsabilidad compartida con los otros Poderes de la Unión, en aquellos programas que requieran la concurrencia y coordinación con otros órdenes de gobierno.

## II. ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

De conformidad con el artículo 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, “la Administración Pública Federal será centralizada y paraestatal conforme a la Ley Orgánica que expida el Congreso”. Esta Ley es la que distribuye los negocios del orden administrativo de la Federación a las Secretarías de Estado y Departamentos Administrativos, define también las bases generales de creación de las entidades paraestatales, la intervención del Ejecutivo Federal en su operación y la relación entre ambos, así como las relaciones entre aquellas y las secretarías de Estado y los departamentos administrativos.

### 1. *Administración centralizada*

La centralización, es la forma de organización administrativa en la cual, el poder de mando se concentra en el poder central, es decir, las unidades y órganos de la administración pública se ordenan y acomodan, sujetas a un orden jerárquico, que se centra en el presidente de la República, con el objeto de unificar las decisiones, la acción y ejecución. En este caso el gobierno toma toda la autoridad.

Como la centralización y la desconcentración son formas jurídicas articuladas en torno al poder central, éste transmite parte de sus funciones a determinados

órganos u organismos, los cuales, por tal razón, no tienen autonomía orgánica ni financiera.

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) señala 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 (artículo 2).

## *2. Desconcentración*

La desconcentración, por el contrario, es la forma jurídica en que la administración centralizada con organismos o dependencias propias, presta servicios o desarrolla acciones en distintas regiones del territorio. Su objeto es doble, al acercar la prestación de servicios en el lugar o domicilio del usuario, con economía para éste y descongestionar al mismo tiempo al poder central.

La desconcentración está dentro del cuadro de la centralización, sólo se distingue por la forma periférica en que desarrolla sus acciones. Los órganos, más que organismos desconcentrados, son parte de la centralización administrativa, cuyas atribuciones o competencia la ejercen de forma regional, fuera

del centro geográfico en que tiene su sede el poder central supremo.<sup>1</sup>

### 3. *Administración paraestatal*<sup>2</sup>

Aunque la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) y la LOAPF establecen a la administración *paraestatal* como género y a la *descentralizada* como la especie, la doctrina identifica a la descentralización como una técnica jurídico-administrativa de distribuir el poder y no instaura una forma que abarque a lo *paraestatal*.

En algunas legislaciones extranjeras la expresión “paraestatal” se ha considerado como un vocablo que carece de valor jurídico y que se usa sólo como un valor de nomenclatura. En la ley mexicana, esa expresión se aparta del origen etimológico de la misma, pues no va de acuerdo con el significado de “algo que no se confunde con el Estado, camina lado a lado del Estado, paralelamente al Estado y de que, aunque

<sup>1</sup> Nava Negrete, Alfonso, *Diccionario Jurídico Mexicano*, México, Porrúa- UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, p. 1297, t. D-H, voz: Desconcentración.

<sup>2</sup> Véanse: Fraga, Gabino, *Derecho administrativo*, 40a. ed., México, Porrúa, 2000, pp. 197-208; Serra Rojas, Andrés, *Derecho administrativo*, 13a. ed., México, Porrúa, 1985, t. I, pp. 480-486; 655-669; Olivera Toro, Jorge, *Manual de derecho administrativo*, 7a. ed., México, Porrúa, 1997, pp. 289-298.

sean organismos que colaboran con los fines de éste, no forman parte de la administración estatal”.<sup>3</sup> En el caso de México, las entidades que se comprenden en la designación de *paraestatal*, no caminan al lado del Estado, sino que son parte integrante del mismo y de la Administración Pública Federal.

El artículo 3o. de la LOAPF señala que el Poder Ejecutivo de la Unión se auxiliará de las siguientes entidades paraestatales: 1) organismos descentralizados; 2) empresas de participación estatal, instituciones nacionales de crédito, organizaciones auxiliares nacionales de crédito e instituciones nacionales de seguros y de fianzas, y 3) fideicomisos.

Al parecer de Gabino Fraga, en la LOAPF vigente, la expresión “administración pública paraestatal” carece de un contenido jurídico preciso, pues en ella se comprenden entidades de naturaleza muy diversa, como la de los fideicomisos. Sólo debe tomársele como una expresión cómoda, aunque arbitraria e inexacta, para denominar a los organismos que, aun formando parte de la administración estatal, no son considerados como los tradicionales elementos de la administración centralizada.<sup>4</sup>

Doctrinalmente, existen dos tipos de descentralización: la política y la administrativa. La *descen-*

<sup>3</sup> Fraga, Gabino, *op. cit.*, nota 2, p. 198.

<sup>4</sup> *Idem.*

*tralización política* opera en el régimen federal, implica un régimen especial de los poderes estatales frente a los poderes federales; en la descentralización federal, los estados miembros son los que crean al Estado federal.

La descentralización administrativa se presenta en el ámbito del Poder Ejecutivo, es decir, es creada por el poder central para confiar algunas actividades administrativas a órganos que guardan, con la administración centralizada, una relación diversa de la jerárquica, pero sin que dejen de existir respecto de ellas las facultades indispensables para conservar la unidad del poder.

El descentralizar ha obedecido a diversos fines:

- En algunos casos, a la necesidad de dar satisfacción a las ideas democráticas y a la conveniencia de dar mayor eficacia a la gestión de intereses locales; para esto, el Estado constituye autoridades administrativas cuyos titulares son elegidos por los mismos individuos, un ejemplo de esto es el de los municipios.
- En otros casos, la naturaleza técnica, industrial o comercial de los actos que tiene que realizar la Administración Pública, la obliga a sustraerse del conocimiento de éstos y los confía a quienes tengan la preparación suficiente para atenderlos.

- También ocurre con frecuencia que la administración se descarga de algunas labores, encomendando facultades de consulta, de decisión o de ejecución a ciertos organismos constituidos por elementos particulares que no forman parte de la misma administración.

La diferencia esencial entre desconcentración y descentralización es que los órganos de la primera están sujetos al poder jerárquico y los organismos de la segunda están fuera de la relación jerárquica del poder central. Los organismos descentralizados poseen, además, personalidad jurídica y patrimonio propios, en cambio los desconcentrados carecen de las dos.<sup>5</sup>

### III. MODALIDADES DE LA DESCENTRALIZACIÓN

Para atender de manera más directa las necesidades de la población, la descentralización ha adoptado, principalmente, dos modalidades:<sup>6</sup>

#### 1. *Descentralización regional o territorial*

Se apoya en una consideración geográfica limitada y en facultades político-administrativas regio-

<sup>5</sup> Nava Negrete, Alfonso, *op. cit.*, nota 1, p. 1298.

<sup>6</sup> Clasificaciones de Gabino Fraga, Andrés Serra Rojas y León Duguit (citado por Jorge Olivera Toro).

nales. Este tipo de administración se concreta en el Municipio, porque es el ejemplo de un ámbito regional que requiere servicios públicos específicos.

La descentralización de cualquier servicio o programa debe tomar en cuenta la realidad municipal. La característica más sobresaliente de los municipios es la diversidad. Los municipios tienen profundas diferencias históricas, geográficas, territoriales, demográficas, económicas, políticas, administrativas, jurídicas y epidemiológicas.<sup>7</sup>

## *2. Descentralización funcionarista o por función o por servicio*

Se apoya en el manejo técnico, científico y autónomo de los servicios públicos. Descansa en la consideración técnica para el manejo de una actividad determinada, o sea, para la prestación de un servicio público o social, la explotación de bienes o recursos propiedad de la nación, la investigación científica y tecnológica, o la obtención y aplicación de recursos para fines de asistencia o seguridad social. También llamada descentralización técnica o administración indirecta.

<sup>7</sup> Lara Ponte, Rodolfo, “Escenarios para la descentralización municipal. El costo de la salud”, *Estudios Municipales*, México, año IV, núm. 20, marzo-abril de 1988, p. 67.

Otros criterios para descentralizar, según León Duguit, conforman modalidades como: *a)* descentralización patrimonial; *b)* descentralización por colaboración y *c)* concesión.

### 3. *Elementos de la descentralización*<sup>8</sup>

#### A. *Objeto o naturaleza de las atribuciones que realiza el organismo*

El organismo descentralizado realiza atribuciones que al Estado corresponden, pero esa atribución es de carácter técnico, puesto que si no se requiriera un conocimiento particular, sino solamente una dirección unitaria y enérgica, según Duguit, no existiría ninguna razón para dar a los agentes encargados del servicio, ni la dirección o impulsión, sino sólo plena dirección del servicio. La atribución que se ejercita por medio del organismo es especial, de tal modo que el establecimiento encargado de realizarla tiene limitada su competencia a la especialidad que le corresponde.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Véase, Acosta Romero, Miguel, *Teoría general del derecho administrativo. Primer curso*, 15a. ed., México, Porrúa, 2000, pp. 487-503.

<sup>9</sup> Duguit, León, citado por Fraga, Gabino, *op. cit.*, nota 2, p. 201.

La Ley Federal de las Entidades Paraestatales (LFEP) define, en su artículo 14, a los organismos descentralizados como aquellas personas jurídicas creadas conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y cuyo objeto sea:

1. La realización de actividades correspondientes a las áreas estratégicas o prioritarias.
2. La prestación de un servicio público o social.
3. La obtención o aplicación de recursos para fines de asistencia o seguridad social.

A estas actividades, se puede agregar la explotación de bienes o de recursos propiedad de la nación y la investigación científica y tecnológica. Pero, en todos los casos, la finalidad del organismo descentralizado es procurar la satisfacción del interés general en forma más rápida, idónea y eficaz.

Se ha pretendido que sea característica esencial de la descentralización, la existencia de una personalidad jurídica especial y de un patrimonio propio; pero si bien es cierto que los organismos descentralizados efectivamente requieren de ambas, no puede afirmarse que siempre que existen la personalidad y el patrimonio, se está frente a un órgano descentralizado. El otorgamiento de la personalidad y del patrimonio puede obedecer a algunos de estos motivos: el de dar a un organismo determinado una

simple autonomía técnica o el de concederle una verdadera autonomía orgánica.

### *B. Creación y personalidad*

Los organismos descentralizados tienen una personalidad jurídica que se crea por una ley o por decreto del Ejecutivo Federal. La regulación de los organismos descentralizados se prevé en el artículo 45 de la LOAPF.

### *C. Régimen jurídico propio*

Todos los organismos descentralizados cuentan con un régimen jurídico que regula su personalidad, patrimonio, denominación, objeto y actividad. Este régimen generalmente lo constituye su Ley o Estatuto Orgánico. La actividad de los organismos descentralizados se regula tanto por normas de derecho público, como por normas de derecho privado.

### *D. Denominación*

Es la palabra o conjunto de palabras en el idioma oficial del Estado que distingue y diferencia al

organismo descentralizado de otras instituciones similares, sean federales, locales o municipales.

### *E. Sede de las oficinas y ámbito territorial*

La sede es el domicilio, lugar, ciudad, calle y número donde residen los órganos de administración y dirección; mientras que el ámbito territorial son los lugares en donde actúa el organismo descentralizado.

### *F. Órganos de dirección, administración y representación<sup>10</sup>*

Se clasifican en:

- **Cuerpo colegiado:** es el órgano de mayor jerarquía, que decide sobre los asuntos más importantes de la actividad y la administración del organismo. No hay unidad en cuanto a la denominación de este órgano, puede llamarse “Junta de Gobierno”, “Órgano de Gobierno” o “Asamblea General”.

<sup>10</sup> En los artículos 58 y 59 de la LFEP, se determinan las atribuciones y facultades de los órganos de gobierno y directores generales de dichas entidades.

- Órgano de representación unipersonal: inmediatamente y en grado jerárquico subsiguiente al cuerpo colegiado, se encuentra siempre un director; tampoco hay uniformidad en su denominación, pues puede ser “director general”, “rector”, “gerente general”, entre otros.
- Órganos de apoyo y consulta: la mayoría de los organismos descentralizados, consideran en su organización operativa, a un consejo asesor externo y a un consejo técnico de administración y programación, como órganos de apoyo, asesoría y consulta.

### G. *Cuentan con patrimonio propio*

El patrimonio es el conjunto de bienes y derechos con que cuentan los organismos descentralizados, para el cumplimiento de su objeto. Dentro del patrimonio encontramos:

- Bienes de dominio público: regulados por la Ley General de Bienes Nacionales, como son los inmuebles que utilizan.
- Bienes de dominio directo: son los que integran el territorio o subsuelo que puedan servir para cumplir con su objeto.
- Bienes y derechos sujetos al régimen del dere-

cho privado y de los que pueden disponer libremente: aquí se ubican los subsidios o aportaciones temporales o permanentes que les destine la administración central, así como los ingresos propios derivados del ejercicio de su actividad.

#### *H. Estructura administrativa interna*

Los organismos descentralizados cuentan con una estructura cuya conformación dependerá de la actividad a la que está destinado y de las necesidades de división del trabajo.

#### *I. Régimen fiscal*

La mayoría de los organismos descentralizados, por las actividades propias de su objeto, están exentos del pago de impuestos federales, locales y municipales; aunque existen excepciones debido a la complejidad en esta materia.

#### *J. Dependencia con la administración central*

Esta dependencia versa en el poder que la administración central ejerce sobre el personal y los actos del organismo descentralizado. Por lo que hace

a su régimen patrimonial y financiero, la Ley General de Deuda Pública establece que corresponde a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público proyectar y calcular los ingresos y egresos de esos organismos, así como la autorización de los financiamientos que han de constituir la deuda pública, y a las secretarías de Estado o departamentos administrativos encargados de la coordinación de los sectores en que se distribuyen dichos organismos corresponde vigilar la utilización de los recursos (artículo 26).

La LFEP en su artículo 47, señala que las entidades paraestatales, para su desarrollo y operación, deberán 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. Dentro de tales directrices las entidades formularán sus programas institucionales a corto, mediano y largo plazo.

También el Congreso de la Unión tiene ciertas facultades respecto de los organismos paraestatales, pues además del control que tiene la Cámara de Diputados en materia de ingresos y de egresos del gobierno federal (artículo 74, fracción IV constitucional), se le otorgó la facultad de citar a los directores y administradores de las entidades paraestatales para que informen, cuando se discute una ley, o se estudie un negocio concerniente a su respectivo ramo y también, cuando lo pida una cuarta parte de los miembros de la

Cámara de Diputados y la mitad de la de Senadores, se integren comisiones a efecto de que se investigue el funcionamiento de dichas entidades y comunicar su resultado al Ejecutivo Federal (artículo 93 constitucional).

### *K. Extinción*

De la misma manera que la creación constituye un acto que emana del Estado, la resolución de extinción debe tener el mismo origen. La extinción o liquidación del organismo deberá ser resuelta por el presidente de la República cuando no cumpla con sus fines u objeto o cuyo funcionamiento no sea ya conveniente para la economía o intereses nacionales.

### *L. Autonomía*

La autonomía técnica consiste en que los órganos administrativos no están sometidos a las reglas de gestión administrativa y financiera que, en principio, son aplicables a todos los servicios centralizados del Estado.

En cambio, cuando además de la autonomía técnica existe la autonomía orgánica, se tendrá una verdadera descentralización, según Buttgenbach “la autonomía orgánica supone la existencia de un ser-

vicio público que tiene prerrogativas propias, ejercidas por autoridades distintas del poder central y que puede oponer a éste su esfera de autonomía”.

La autonomía orgánica mantiene un régimen jurídico especial e independiente y puede comprender no sólo los servicios públicos, sino otros fines del Estado.

#### 4. *Inconvenientes y ventajas de la descentralización*

Los inconvenientes más graves de la descentralización se concretan en sus problemas económicos:<sup>11</sup>

- a) Rompe la unidad de la idea de personalidad, patrimonio y presupuesto del Estado.
- b) Destruye lo que Duez llama la sinceridad y la claridad del presupuesto.
- c) Estimula los despilfarros con la intromisión de criterios políticos.
- d) Plantea el delicado control de su presupuesto, tanto por el gobierno federal como por el Poder Legislativo.
- e) El régimen descentralizado es propio para aquellos países que tiene una buena organización en materia financiera.

<sup>11</sup> Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, nota 2, p. 668.

- f) La multiplicación de los organismos descentralizados destruye la unidad del Estado.
- g) Los países que no tienen desarrollo cultural adecuado viven de la ficción del descentralismo, es decir, se crean instituciones descentralizadas para cubrir una fuerte centralización administrativa.
- h) El abuso del descentralismo conduce a la administración pública por caminos de desorden e inmoralidad.

Las ventajas que se señalan a la descentralización son:<sup>12</sup>

- a) Responde a un ideal técnico y científico; la necesidad de manejar determinados asuntos con la experiencia de los conocimientos técnicos modernos.
- b) La organización burocrática centralizada no está suficientemente preparada para los nuevos derroteros de la administración pública.
- c) Mantener un régimen burocrático insuficiente, es retardar o retrasar el adelanto de una nación.
- d) Un presupuesto especial debidamente revisado y vigilado por el poder central, permite una adecuada inversión de sus elementos económicos.

<sup>12</sup> *Ibidem*, p. 669.

- e) Un organismo descentralizado permite el manejo de un sistema de crédito apropiado a su organización.
- f) Se mantiene la confianza del público.
- g) El derecho administrativo tiene sus propios principios, por lo que no se tienen que repetir las doctrinas civilistas propias para el manejo de intereses particulares, e impropia para las instituciones en las que está vivamente interesada la sociedad.
- h) El poder para comercializar e industrializar ciertas actividades que están en manos de los particulares, es propio de los tiempos que corren. El Estado procura aprovechar la experiencia de la iniciativa privada, sin una excesiva intervención. Los estadistas deben medir el alcance de la política económica del Estado, pensando siempre que no tienen derecho a comprometer el porvenir de un pueblo.

En América Latina y el Caribe se están realizando reformas de gestión que representan movimientos hacia la constitución de cuasimercados. Estas reformas han surgido en modelos de salud disímiles en cuanto a sus principios articuladores, las responsabilidades del sector público y del privado, la cobertura de prestaciones y de la población, los modelos de financiamiento y de aseguramiento, y

la regulación. En muchos casos, la base jurídica de los mecanismos introducidos es endeble, los precios cumplen una función estrictamente teórica, y su consolidación plantea modificaciones de gran complejidad política en el ámbito de los recursos humanos.<sup>13</sup>

### 5. *El caso de España*<sup>14</sup>

En los Estados modernos, en los que aparecen consolidados los principios de separación de poderes, soberanía nacional y representación, las entidades fiscalizadoras superiores responden a la necesidad objetiva del control de la gestión económico-financiera del sector público y forman parte del entramado institucional que garantiza la defensa de los valores constitucionales.

La naturaleza de las organizaciones políticas, sociales y económicas en las que se hallan inmersas las entidades fiscalizadoras superiores resulta determinante a la hora de caracterizar sus funciones y

<sup>13</sup> Sojo, Ana, “Reformas de gestión en salud en América Latina”, *Revista de la CEPAL*, Chile, núm. 74, agosto de 2001, p. 140.

<sup>14</sup> Cfr. Salgado, Elena, “La sanidad y el estado de las autonomías” en Lerma Blasco, Joan (coord.), *La España de las autonomías. Reflexiones 25 años después*, España, J. M. Bosch Editor, 2005, pp. 157-165.

actividad. Así, en los sistemas abiertos, la descentralización política lleva consigo la descentralización económica, que exige gestiones motivadas, de valores ascendentes basados en la participación, en el compromiso y en la responsabilidad y donde los controles, lejos de confundirse, tienden a diferenciarse, constituyendo un elemento condicionante de la propia organización e impulsor de procedimientos eficaces de gestión.<sup>15</sup>

En cualquier caso, las ventajas de la descentralización resultan claramente visibles para los ciudadanos, tal y como muestran las encuestas de opinión.

Una mayoría de españoles declara que la descentralización ha contribuido a incrementar la capacidad de los gobiernos para ajustarse mejor a las necesidades y a las preferencias de la ciudadanía. Además, la descentralización tiende a aumentar, como es lógico, la visibilidad política de las responsabilidades para cada nivel de gobierno, y refuerza asimismo los mecanismos de rendición de cuentas de arriba abajo, consolidando así los vínculos democráticos.

Entre las principales ventajas que se ha derivado del proceso de descentralización sanitaria en España pueden destacarse el estímulo a la introducción y extensión de reformas de carácter normativo, que

<sup>15</sup> Nieto de Alba, Ubaldo, "Tribunal de cuentas, integración europea y autonomías", *ibidem*, p. 167.

en muchos casos han supuesto el reconocimiento de nuevos derechos para los usuarios (libertad, reelección, derecho a la información, limitación de los tiempos de espera, etcétera), y la incorporación de innovaciones múltiples referidas al campo de la organización y la gestión de la asistencia sanitaria. La diversidad es, sin duda, fuente de conocimiento, y fomenta el surgimiento de experiencias útiles que pueden ser difundidas al conjunto del sistema.

La descentralización también ha motivado en ciertos momentos mayor dificultad de coordinación central, en buena parte fruto de la instrumentación partidista del debate sanitario por parte de algunos, así como mayores dificultades para el control del gasto público y un aumento de la preocupación por los temas de equidad.

En cuanto al control del gasto público, es obvio que la falta de mecanismos de corresponsabilidad fiscal dificultó durante muchos años la puesta en marcha de incentivos para la contención de los costos sanitarios, dado que la administración central del Estado asumía las consecuencias financieras de las decisiones adoptadas por las Comunidades Autónomas. Sin embargo, los aumentos progresivos en el grado de corresponsabilidad fiscal, tanto por lo que respecta a la cesión de tributos como por lo que se refiere a las progresivas cesiones de capacidad normativa a los gobiernos autonómicos, no han tenido hasta el

momento los efectos deseados. Hoy en día seguimos padeciendo la inercia que empuja a las Comunidades Autónomas a solicitar aumentos de financiación a un Estado central cada vez más magro. Este hecho, sin duda, deberá cambiar en el futuro, pero para ello se precisan fuertes dosis de pedagogía política.

Los problemas a los que se enfrentan los Servicios Autónomos de Salud son, en gran medida, comunes, y por ello forman parte de los retos conjuntos del Sistema Nacional de Salud: la sustitución de enfermedades agudas como causa de muerte, por enfermedades crónicas, necesitadas de cuidados a largo plazo; el control del gasto frente a la creciente medicalización de la sociedad y la aparición de nuevas enfermedades, que va seguida de la aparición de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento; la coordinación entre niveles asistenciales; la reducción de las listas de espera; el aumento de la calidad asistencial, la mejora de la satisfacción de los profesionales y de los pacientes, etcétera.

En este contexto de problemas comunes parece lógico pues que refuercen los mecanismos de cooperación entre los Servicios Autónomos de Salud y, por supuesto, entre éstos y la administración central. Sólo de este modo conseguiremos neutralizar, además, el principal riesgo que amenaza a los modelos descentralizados: la ruptura de la cohesión. Hoy más que nunca, en un contexto de completa

descentralización de la sanidad, hace imprescindible la cooperación entre los distintos agentes implicados en el sector sanitario y, entre ellos, de los distintos niveles de gobierno.

El Sistema Nacional de Salud es el marco que debe garantizar el pacto de solidaridad entre generaciones, entre sanos y enfermos, entre ricos y pobres. La naturaleza de nuestro contrato social es, por tanto, multidimensional y compleja. Por ello, los problemas que afectan a nuestro sistema sanitario atañen al conjunto de la sociedad, y es por tanto la sociedad en su conjunto quien debe asumir un ejercicio de responsabilidad compartida en la búsqueda de soluciones. Con la conciencia de que entre todos (administraciones, industria, profesionales, pacientes) contribuimos a sostener el sistema, y que sus fortalezas y debilidades son también las nuestras.

## *6. El caso de Colombia*

El Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano incluía el fondo de redistribución (FOSYGA) y un paquete de salud obligatorio como mecanismos para controlar las fallas del mercado. Sin embargo, los hallazgos sugieren que ha habido conflictos entre los grupos interesados y varias fallas del mercado en la prestación de servicios de salud principalmente de parte de las Empresas Promoto-

ras de Salud y las administradoras del esquema de subsidios. Las fallas del mercado surgen porque el sector privado participa más y no está regulado por el gobierno, así como también porque los municipios no han conseguido la capacidad administrativa para manejar la relación público-privado. Las fallas del mercado están vinculadas con los intereses lucrativos de las entidades privadas, lo que ha creado barreras de acceso a los servicios, como también se ha encontrado en otros países como Canadá y la India. Este aspecto contribuye al debate internacional sobre el riesgo de mezclar políticas de descentralización, privatización, desregulación y competencia, ya que podría provocar que algunos actores rechazaran la descentralización como una consecuencia de las fallas del mercado generadas por la privatización.<sup>16</sup>

#### IV. AUTONOMÍA DE GESTIÓN

El artículo 11 de la LFEP establece que

las entidades paraestatales gozarán de autonomía de gestión para el cabal cumplimiento de su objeto,

<sup>16</sup> Molina, Gloria y Spurgeon, Peter, “La descentralización del sector salud en Colombia”, *Gestión y Política Pública*, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), vol. XVI, núm. 1, primer semestre de 2007, pp. 171-202.

y de los objetivos y metas señalados en sus programas. Al efecto, contarán con una administración ágil y eficiente y se sujetarán a los sistemas de control establecidos en la presente Ley y en lo que no se oponga a ésta a los demás que se relacionen con la Administración Pública.

Asimismo, la “Exposición de motivos” de dicha ley expresa que ésta:

Trata de devolver a los órganos de gobierno de las entidades públicas su plenitud de responsabilidades, para este propósito, radican en el Órgano de Gobierno de cada entidad las facultades de autorizaciones previas que por ahora se ejercen por múltiples dependencias y cuyos trámites e intervenciones desorbitan y obstaculizan las facultades y eficacia de la dirección y manejo de las entidades.

Consecuentemente ubica en el Órgano de Gobierno, como integrantes obligados, a los representantes gubernamentales, a fin de que asuman además del papel de consejeros, la obligación de pronunciarse sobre los asuntos de su competencia, viene así a tener, una injerencia fundamental en la adecuada operación y efectividad de la entidad y por tanto, se establecen con mayor claridad las relaciones de las entidades paraestatales con el sector público central y se refuerza la *autonomía de gestión* mediante mecanismos que permitan establecer metas guiando el desempeño de las entidades pa-

raestatales en lo fundamental, a través del control de sus resultados y a su evaluación permanente.

Pero más adelante aclara que se regula a las entidades

ubicando los controles previos a que se contraen los números dispositivos vigentes en el Órgano de Gobierno. En este sentido, al regular de este modo al sector paraestatal, no renuncia el Estado a los controles que le corresponden en las entidades públicas, pues en el Órgano de Gobierno quedan representadas las dependencias del Ejecutivo Federal que de acuerdo con la legislación existente deben intervenir en el control de la administración paraestatal. No existe por tanto, al regularse del modo en que se plantea, fórmula alguna de descon-trol. Los controles siguen existiendo, pero de otra manera para que concurren al punto de equilibrio que no afecte la autonomía de gestión que debe corresponder a las entidades públicas.

Esta autonomía, a juicio de Acosta Romero, es simplemente de gestión más no jerárquica, ya que la LFEP además establece la obligación de que las entidades de un sector deberán proporcionar a las demás del mismo donde se encuentren agrupadas, así como a las secretarías y departamentos administra-

tivos, información y datos que les soliciten, lo cual resulta una delimitación de la autonomía.<sup>17</sup>

Por otra parte, en el Reglamento de la LFEP sólo encontramos con respecto a la autonomía, lo expresado en el Considerando siguiente:

Que resulta indispensable fortalecer los órganos de gobierno, consolidar la *autonomía de gestión* de las entidades y lograr que el sector paraestatal cuente con empresarios públicos altamente calificados con capacidad ejecutiva y claro compromiso social, que asuman plenamente la responsabilidad que implica dirigir y administrar las áreas estratégicas y prioritarias del desarrollo.

No se vuelve a hacer énfasis en la autonomía, pero sí en la gestión de la administración, al reconocer “Que con la promulgación de la Ley Federal de

<sup>17</sup> Acosta Romero, Miguel, *op. cit.*, nota 8, p. 293. Véase Ley Federal de las Entidades Paraestatales. “Artículo 10. Las entidades paraestatales deberán proporcionar a las demás entidades del sector donde se encuentren agrupadas, la información y datos que les soliciten así como los que les requieran las Secretarías de Estado y Departamentos Administrativos. Para el cumplimiento de lo anteriormente establecido, la coordinadora de sector conjuntamente con las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de la Contraloría General de la Federación, harán compatibles los requerimientos de información que se demanden a las dependencias y entidades paraestatales racionalizando los flujos de información”.

las Entidades Paraestatales se concretó la primera fase del esfuerzo para reordenar y racionalizar la función socio-económico y la gestión de la administración pública federal paraestatal; esfuerzo que debe continuar y consolidarse a través de la expedición de las disposiciones de carácter reglamentario, orientadas a propiciar y asegurar su adecuada aplicación”.<sup>18</sup> Esta gestión de la administración será evaluada, de acuerdo al artículo 31, para lo cual deberá tomarse en consideración de manera preponderante el grado de cumplimiento de los propósitos para los que fueron creadas.

En este orden de ideas, es menester aclarar que *autonomía técnica* no es independencia, porque el Estado refleja sus vínculos con esos organismos y además, se reserva la tutela administrativa con medios eficaces de control para mantener la unidad política. Estos medios son: facultad que tiene el Poder Legislativo de modificar la ley respectiva; nombramiento de consejeros, directores, gerentes y personal técnico superior; control de sus presupuestos; revisión de sus acciones económicas; el veto que tiene el poder central para hacer que las instituciones descentralizadas no se aparten de la política general del país y del principio de legalidad. De una manera general,

<sup>18</sup> Sexto párrafo del Considerando del Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

para que opere integralmente la descentralización administrativa, se requiere que la autonomía orgánica vaya acompañada de la autonomía técnica.<sup>19</sup>

## V. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

### 1. *Antecedentes de la descentralización de los servicios de salud*

El proceso de descentralización de los servicios de salud tiene ya varios años; su origen se encuentra a principios de los años ochenta del siglo XX, impulsado, entre otros factores, por el excesivo gasto financiero que implicaba para el gobierno central atender oportunamente las necesidades de la población. A partir de entonces, nace la estrategia de la sectorización y modernización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), hoy Secretaría de Salud, las cuales exigían una coordinación intersectorial, participación comunitaria y redistribución de competencias.

Sin embargo, esta fue la primera fase o primer esfuerzo por descentralizar algunos aspectos relacionados con la prestación de servicios de salud, en virtud de que se dio únicamente en algunas unida-

<sup>19</sup> Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, nota 2, p. 668.

des de primer y segundo nivel de atención, sin lograr la autonomía financiera y sin haber transferido las facultades sustantivas en relación con la formulación de políticas y normatividad de salud o las decisiones sobre la ejecución del gasto, situación que incluso aún permanece, porque, “más que una verdadera descentralización, observamos una desconcentración administrativa”.<sup>20</sup>

Cuando se incluyen a todos los estados, como parte de la reforma del sector salud 1995-2000, se dejan ver los problemas del centralismo:

- Baja eficiencia en las decisiones para la asignación de los recursos.
- Falta de precisión en la definición de responsabilidades de cada orden de gobierno.
- Burocratismo excesivo e inercia en las decisiones de asignación de gasto entre estados.<sup>21</sup>

En esta segunda etapa de la descentralización de los servicios de salud, se alcanzó mayor claridad en la división de funciones entre órdenes de gobierno pero, sin negar que se aspiró a una mayor autonomía en el

<sup>20</sup> Cfr. Merino, Gustavo, *Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo*, marzo de 2002, p. 2.

<sup>21</sup> *Ibidem*, p. 4.

manejo directo de los recursos transferidos, hoy día aun en la práctica, ésta se encuentra muy limitada.

A lo largo de diversas publicaciones he insistido en que la primera formulación de la política descentralizadora en materia de salud se realizó en el trienio 1983-1985. Entrañó una importante reforma jurídica (artículo cuarto de la Constitución. Ley General de Salud y diversos decretos presidenciales) que permitió unificar en un sistema los servicios estatales dirigidos a la población abierta, cuya operación quedo a cargo de los gobiernos estatales, mientras la normatividad y el control continuaron siendo federales, a cargo de la Secretaría de Salud. A su vez, los estados podían firmar convenios expresos para responsabilizar a los municipios de algunos servicios, ha enfatizado que la descentralización de los servicios de salud es una política gubernamental que se considera pública por el efecto que puede causar en la población sin acceso a los servicios de seguridad social. Parece que la nueva formulación permite avanzar un poco, en el sentido de que dicha descentralización se vuelva más realista que en el pasado; por tanto, hay más posibilidades que se produzcan los efectos esperados.<sup>22</sup>

<sup>22</sup> Cfr. Cardozo Brum, Myriam, "El papel del Municipio en la descentralización de los servicios de salud", *Comercio Exterior*, México, Bancomext, octubre de 1997, pp. 795-799.

La descentralización de servicios de salud plantea un catálogo de factores políticos, económicos, epidemiológicos y técnicos. La descentralización debe ser una estrategia con filosofía, dirección, ritmo y orden. El ejercicio de la descentralización no es una recreación de notables ni una responsabilidad exclusiva del sector público. En la descentralización están interesados todos los sectores de la sociedad. Es una herramienta para la modernización del país.<sup>23</sup>

## 2. *Objetivo de la descentralización*

Una de las pretensiones de la descentralización de los servicios de salud es reducir la gran desigualdad entre estados con respecto a la disponibilidad de los servicios de salud, en relación con la población que existe en cada uno y con los índices de pobreza y marginación, además:

- Transferir importantes funciones operativas y recursos para financiar los servicios proporcionados.
- Lograr un auténtico federalismo, con gobiernos locales que cuenten con las atribuciones, capacidades y recursos suficientes para atender cabalmente las demandas ciudadanas.

<sup>23</sup> Lara Ponte, Rodolfo, *op. cit.*, nota 7, p. 67.

- Fortalecer y consolidar el Sistema Nacional de Salud, pero sobre todo superar los rezagos y retos que encara la medicina mexicana.
- Desahogar las cargas de trabajo administrativo para la Secretaría de Salud.
- Lograr una verdadera autonomía en la toma de decisiones, a través de la administración de recursos propios.
- Armonizar y dar congruencia a la política asistencial del Gobierno de la República.

### *3. Fundamento de la descentralización en salud*

El Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud<sup>24</sup> cristaliza la preocupación del gobierno por abatir el efecto negativo de la centralización, el cual se había ido traduciendo en la concentración de decisiones y recursos en el Poder Central.

Por su parte, el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 establece a la letra: “El Ejecutivo Federal está comprometido a acelerar el proceso de Federalismo, la justa redistribución del gasto, la capacidad para generar mayores ingresos, así como el poder de de-

<sup>24</sup> Firmado el 20 de agosto de 1996 y publicado en el *DOF* el 25 de septiembre de 1996.

cisión y de ejecución de obras y prestación de servicios hacia gobiernos locales”.

Los institutos nacionales de salud son organismos del sector salud que también han sido objeto del proceso de descentralización. Con el desarrollo tecnológico, el avance en el estudio de las enfermedades, el progreso de los métodos terapéuticos y las medidas sanitarias, se han ido creando, con el transcurso del tiempo, nuevos institutos enfocados a nuevas necesidades y realidades.

#### *4. Organización y funcionamiento de los institutos nacionales de salud*

Los institutos nacionales de salud se encuentran regulados por una ley que les es propia,<sup>25</sup> misma que les otorga el carácter de organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupados en el Sector Salud,<sup>26</sup> que tienen como objeto principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos

<sup>25</sup> Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

<sup>26</sup> El órgano centralizado en cuanto a salud en México es la Secretaría de Salud y es en el artículo de la LOAPF, que se determinan las facultades y atribuciones de esta dependencia.

humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad y cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional. En la denominación de cada uno de los institutos nacionales de salud hace referencia a las especialidades que atienden.<sup>27</sup>

*A. El Hospital Infantil de México  
doctor Federico Gómez<sup>28</sup>*

Fue inaugurado el 30 de abril de 1943. Actualmente, con 65 años de existencia, mantiene la convicción de propiciar el bienestar y la salud de la niñez consciente en todo momento de su importancia como uno de los principales rectores e impulsores de la pediatría en nuestro país en busca permanente de superar sus propias metas, con la mirada puesta en el futuro y con un trabajo permanente que le permita portar con orgullo el sobrenombre de la Cuna de la Pediatría en México y Latinoamérica.

<sup>27</sup> En el artículo 5 de la LINS se enlistan los organismos que son considerados como Institutos Nacionales de Salud.

<sup>28</sup> Hospital Infantil de México Federico Gómez: <http://www.himfg.edu.mx>. Sitio consultado en abril de 2009.

*B. Instituto Nacional de Cardiología  
Ignacio Chávez<sup>29</sup>*

Nace en 1944, se ubica en la Avenida Cuauhtémoc, en la ciudad de México en donde funcionó por 32 años desde el 18 de abril de ese año hasta el 17 de octubre de 1976, fecha en la que se mudó a sus actuales instalaciones en la zona de Tlalpan, en esta misma ciudad logrando con este cambio ampliarse y modernizarse de acuerdo a las necesidades médicas de hoy.

La característica principal de este Instituto, primero en su género en el mundo, es su carácter polifacético, con una visión integral del problema cardiológico. Característica por la que fue y sigue siendo un centro hospitalario para la atención del enfermo de escasos recursos; un gran laboratorio de investigación (de ciencia básica y de tipo clínico aplicada); así como una escuela superior en donde se enseña la cardiología en sus diferentes grados, desde lo esencial que requiere un estudiante de medicina, hasta la suma de doctrinas y técnicas que requiere la formación especializada de un cardiólogo o investigador.

El compromiso del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez es proporcionar atención

<sup>29</sup> Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez: <http://www.cardiología.org.mx>. Sitio consultado en abril de 2009.

cardiovascular de alta especialidad con calidad a la población, preferentemente a la que carece de seguridad social; asimismo, desarrolla investigación de vanguardia y forma especialistas en cardiología y ramas afines. El cumplimiento de estas funciones ha sido un instrumento de ayuda social y humana que pugna por la prevención de las cardiopatías y ayuda a la rehabilitación integral de los enfermos.

### *C. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)*<sup>30</sup>

Originalmente fue creado en 1936 con el nombre de Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco. En 1959 cambia su nombre a Hospital para Enfermedades Pulmonares de Huipulco, ampliando su cobertura a pacientes con otras enfermedades. Hasta que el 14 de enero de 1982 se convierte en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Tiene como misión mejorar la salud respiratoria de los individuos y las comunidades a través de la investigación, la formación de recursos humanos y la atención médica especializada.

El INER debe ser la entidad nacional normativa en salud respiratoria y el principal sitio de enseñanza,

<sup>30</sup> Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias: <http://www.iner.salud.gob.mx>. Sitio consultado en abril de 2009.

investigación, promoción y atención de alta especialidad, con competitividad nacional e internacional.

Desarrolla y promueve investigación básica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias.

Imparte enseñanza de posgrado a profesionales de la medicina y contribuye a la formación de personal de enfermería, de técnicos y auxiliares en el campo de las enfermedades respiratorias.

#### *D. Instituto Nacional de Pediatría (INP)*<sup>31</sup>

Creado para prestar servicios de salud de atención pediátrica especializada, con criterios de gratuidad, investigación científica para la salud en las distintas disciplinas de la pediatría y para formar recursos humanos especializados en las diferentes disciplinas de la pediatría.

Entre sus funciones está la de capacitar y actualizar al personal profesional, técnico y auxiliar; difundir información técnica y científica en materia de pediatría y participar en acciones de asistencia social en beneficio de enfermos de escasos recursos económicos.

<sup>31</sup> Instituto Nacional de Pediatría: <http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatria>. Sitio consultado en abril de 2009.

### E. *Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)*<sup>32</sup>

Es una institución única en su género en México y América Latina, cuya misión es 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 Nacional de Rehabilitación, es la culminación del esfuerzo, que desde 1973 iniciaron la Secretaría de Salud y Asistencia y el gobierno de la República mexicana, a través del Programa Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), para ofrecer a la población en general (niños, jóvenes adultos y tercera edad), una institución que les asegure obtener soluciones eficaces, ante las diferentes discapacidades que afectan a la población de todo el país bajo el lema: “Ante necesidades específicas, soluciones concretas”.

El Instituto Nacional de Rehabilitación es la esperanza de 10 millones de familias mexicanas en la actualidad, pues marca un cambio en la atención médica de las personas con discapacidad dentro de un modelo conceptual moderno de equidad y justicia social, cumpliendo así con la implementación de excelencia

<sup>32</sup> Instituto Nacional de Rehabilitación: <http://www.cnr.gob.mx>. Sitio consultado en abril de 2009.

médica al servicio de la población mexicana que sufre los perjuicios de la discapacidad en todo el país.

*F. Instituto Nacional de Neurología  
y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez*<sup>33</sup>

Este instituto fue creado por acuerdo presidencial el desarrolla investigación clínica y básica en la esfera de las neurociencias, coadyuva a la formación de recursos humanos de alta especialidad y brinda atención profesional de excelencia a pacientes con padecimientos del sistema nervioso.

Es considerado como uno de los principales centros dedicados al estudio de las ciencias neurológicas. Al ser concebido inicialmente como una institución donde se cultivaban con la misma importancia académica las tres principales divisiones de la neurociencias clínicas, neurología, neurocirugía y psiquiatría, sus resultados han probado que ese diseño fue la elección correcta para el estudio integral de las enfermedades cerebrales.

Se trata de una de las contadas instituciones en el mundo que se dedica de manera exclusiva a la investigación, enseñanza, diagnóstico y tratamien-

<sup>33</sup> Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía: <http://www.innm.salud.gob.mx>. Sitio consultado en abril de 2009.

to de las enfermedades cerebrales, desde sus bases moleculares hasta sus componentes sociales.

*G. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)*<sup>34</sup>

Aunque su creación fue posterior a la de otros institutos, el 26 de enero de 1987, el INSP actualmente se ha consolidado como una institución cuyas líneas de investigación inciden de manera importante en las diversas acciones que plantea el Programa Nacional de Salud 2007-2012. Este documento señala que actualmente el 73% de las muertes en el país se deben a padecimientos no transmisibles como la diabetes mellitus, los problemas cardiovasculares y el cáncer. Alrededor del 15% se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados con desnutrición; cerca del 11% resultan de lesiones accidentales e intencionales. Esto significa que la primera causa de morbilidad en el país está representada por padecimientos que requieren la atención compleja, de miles de especialistas y que son de larga duración lo que hace que su manejo sea más largo y costoso. La transición epidemiológica por la que atraviesa el país está asociada con el envejecimiento de la población, el reciente desarrollo

<sup>34</sup> Instituto Nacional de Salud Pública: <http://www.insp.mx>. Sitio consultado en abril 2009.

de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, entre los que destacan la mala nutrición, la falta de actividad física, el tabaquismo, el consumo excesivo del alcohol, el uso de drogas, la falta de seguridad vial y las prácticas sexuales de alto riesgo.

Para enfrentar estas enfermedades se hace necesario el desarrollo de nuevas estrategias de promoción prevención de la salud, y el control de riesgo de enfermedades, actividades en las que el INSP ha trabajado de manera consistente.

#### *H. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán<sup>35</sup>*

Es uno de los institutos nacionales de salud de mayor prestigio asistencial y científico de México. Se inauguró el 12 de octubre de 1946 con el nombre de Hospital de Enfermedades de la Nutrición. Al extender sus funciones hacia otros campos, en 1978 se le cambió el nombre por el de Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, que se utilizó hasta junio de 2000, fecha en que se le dio el nombre actual. Su fundador y primer director fue el doctor Salvador Zubirán, quien dirigió la institución hasta 1980.

<sup>35</sup> Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán: <http://www.innsz.mx>. Sitio consultado en abril de 2009.

Su desempeño frente a las sociedades científicas es sumamente destacado, ya que es la institución médica con mayor número de investigadores y con mayor producción científica en el país, también es la de mayor índice de impacto.

*I. Instituto Nacional de Psiquiatría  
Ramón de la Fuente*<sup>36</sup>

Fue creado como Instituto Mexicano de Psiquiatría por decreto presidencial el 26 de diciembre de 1979, y en 1988 se ampliaron sus funciones y forma de gobierno.

Su fundador, el doctor Ramón de la Fuente, convencido de la importancia de crear una institución dedicada a la atención investigación de los problemas de salud mental en nuestro país, promovió la infraestructura necesaria para realizar la investigación científica en el campo de la psiquiatría y la salud mental; dicha infraestructura coloca a México en los primeros planos internacionales en esta materia.

<sup>36</sup> Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente: <http://www.inprf.org.mx>. Sitio consultado en abril de 2009.

*J. Instituto Nacional de Medicina Genómica (Inmegen)*<sup>37</sup>

Es un órgano público descentralizado, creado en julio de 2004 por el Honorable Congreso de la Unión. El desarrollo del proyecto que dio lugar al Inmegen, se llevó a cabo a través del consorcio Promotor del Instituto de Medicina General, con apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de la Secretaría de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México y la Fundación Mexicana para la Salud, quienes realizaron los estudios preliminares que se cristalizaron en la aprobación de una reforma a la Ley de los Institutos Nacionales, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 20 de julio de 2004.

Su misión es la de contribuir al cuidado de la salud de los mexicanos desarrollando investigación científica de excelencia y formando recursos humanos de alto nivel, que conduzcan a la aplicación médica del conocimiento genómico a través de una cultura innovadora, tecnología de vanguardia y alianzas estratégicas, con apego a principios éticos universales.

Pretende ser un líder indiscutible en México y en el mundo como uno de los principales polos de de-

<sup>37</sup> Instituto Nacional de Medicina Genómica: <http://www.inmegen.org.mx>. Sitio consultado en abril de 2009.

sarrollo de la medicina genómica, abarcando la investigación científica y la innovación tecnológica.

*K. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPER)*<sup>38</sup>

La misión del Instituto Nacional de Perinatología es la resolución de 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 innovación tecnológica para la salud. Su misión fundamental también es la formación académica y desarrollo de recursos humanos, con sólida preparación técnica, ética y humanista, basada en evidencias científicas y experiencias documentadas, acorde a las demandas del sector salud, así como la asistencia en salud de alta especialidad y con calidad, que lo posicionen como un modelo institucional de atención.

<sup>38</sup> Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes: <http://www.inper.edu.mx>. Sitio consultado en abril de 2009.

## VI. ALGUNOS ASPECTOS DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

### 1. *Fragmentos de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud*

Artículo 1. La presente ley tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de los Institutos Nacionales de Salud, así como fomentar la investigación, enseñanza y prestación de servicios que se realice en ellos.

Artículo 2. Para los efectos de esta ley se entenderá por:

I. Ciencia médica, a la disciplina que, conforme a métodos científicamente aceptados, desarrolla un conocimiento sistematizado que de manera metódica, racional y objetiva tiene el propósito de investigar, describir y explicar el origen de las enfermedades, su prevención, diagnóstico y tratamiento, así como de procurar la rehabilitación del afectado y el mantenimiento y protección de la salud de las personas;

II. Enseñanza en salud, a la transmisión sistemática de conocimientos de la Ciencia Médica, habilidades, destrezas y actitudes con propósitos de aprendizaje, para la formación de recursos humanos para la salud;

III. Institutos Nacionales de Salud, a los organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupados en el Sector Salud,

que tienen como objeto principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, y cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional;

Artículo 3. La Ley Federal de las Entidades Paraestatales y sus disposiciones reglamentarias, se aplicarán para los institutos nacionales de salud en lo que no se contraponga con esta ley, particularmente, en lo que se refiere al fortalecimiento de su autonomía técnica, operativa y administrativa.

...

## TÍTULO SEGUNDO

### ORGANIZACIÓN DE LOS INSTITUTOS

Artículo 5. Los organismos descentralizados que serán considerados como Institutos Nacionales de Salud, son cada uno de los siguientes, para las áreas que se indican:

I. Instituto Nacional de Cancerología, para la especialidad de las neoplasias;

II. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, para los padecimientos cardiovasculares;

III. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, para las disciplinas biomédicas vinculadas con la medicina interna de alta especialidad en adultos y las relacionadas con la nutrición;

IV. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, para los padecimientos del aparato respiratorio;

V. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, para las afecciones del sistema nervioso;

V bis. Instituto Nacional de Medicina Genómica, para la regulación, promoción, fomento y práctica de la investigación y aplicación médica del conocimiento sobre del genoma humano;

VI. Instituto Nacional de Pediatría, para los padecimientos de la población infantil hasta la adolescencia;

VII. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, para la salud reproductiva y perinatal;

VIII. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, para la psiquiatría y la salud mental;

VIII Bis. Instituto Nacional de Rehabilitación;

IX. Instituto Nacional de Salud Pública, para la investigación y enseñanza en salud pública;

X. Hospital Infantil de México Federico Gómez, para los padecimientos de la población infantil hasta la adolescencia, y

XI. Los demás que en el futuro sean creados por ley o decreto del Congreso de la Unión, con las características que se establecen en la fracción III, del artículo 2 de la presente ley.

Artículo 6. A los institutos nacionales de salud les corresponderá:

I. Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tec-

nológico y básicas, en las áreas biomédicas y socio-médicas 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;

II. 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;

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

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

V. 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;

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

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

VIII. 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;

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

X. 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;

XI. 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;

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

XIII. 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, y

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

...

Artículo 9. El patrimonio de cada uno de los institutos nacionales de salud se integrará con:

I. Los bienes muebles e inmuebles y derechos que les transfiera o haya transferido el Gobierno Federal;

II. Los 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;

III. Los recursos presupuestales que les asigne el Gobierno Federal;

IV. Los recursos autogenerados;

V. Los recursos de origen externo, y

VI. Los demás bienes, derechos y recursos que por cualquier título adquieran.

...

### *Capítulo II. Autonomía*

Artículo 10. Los institutos nacionales de salud gozarán de autonomía técnica, operativa y administrativa en los términos de esta ley, sin perjuicio de las relaciones de coordinación sectorial que correspondan.

Artículo 11. Los ingresos de los institutos nacionales de salud derivados de servicios, bienes o productos que presten o produzcan serán destinados para atender las necesidades previamente determinadas por sus órganos de gobierno, que las fijarán conforme a lo dispuesto por el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Artículo 12. Los institutos nacionales de salud contarán con un sistema integral de profesionalización, que comprenderá, cuando menos, catálogo

de puestos, mecanismos de acceso y promociones, tabulador de sueldos, programas de desarrollo profesional y actualización permanente de su personal científico, tecnológico, académico, administrativo y de apoyo en general, así como las obligaciones e incentivos al desempeño y productividad.

La organización, funcionamiento y desarrollo del sistema a que se refiere el párrafo anterior, se regirá por las normas que dicte la Secretaría en coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 13. La Coordinadora de Sector y las secretarías de Hacienda y Crédito Público y de Contraloría y Desarrollo Administrativo deberán racionalizar los requerimientos de información que demanden de los Institutos Nacionales de Salud.

### *Capítulo III. Órganos de administración*

Artículo 14. La administración de cada uno de los institutos nacionales de salud estará a cargo de una junta de gobierno y de un director general.

Artículo 15. Las juntas de gobierno de cada uno de los institutos nacionales de salud se integrarán por el Secretario de Salud, quien las presidirá; por el servidor público de la Secretaría que tenga a su cargo la coordinación sectorial de estos organismos descentralizados; por un representante de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; otro del patronato del Instituto, y otro que, a invitación del Presidente de la Junta, designe una institución del sector educativo vinculado con la investigación, así como por cuatro vocales, designados por el Secretario de

Salud, quienes serán personas ajenas laboralmente al Instituto y de reconocida calidad moral, méritos, prestigio y experiencia en su campo de especialidad. Estos últimos durarán en su cargo cuatro años y podrán ser ratificados por una sola ocasión.

El presidente de cada una de las juntas de gobierno será suplido en sus ausencias por el servidor público de la Secretaría que tenga a su cargo la coordinación sectorial de los Institutos Nacionales de Salud. Los demás integrantes de las juntas de gobierno designarán a sus respectivos suplentes.

Las juntas de gobierno contarán con un secretario y un prosecretario.

Artículo 16. Las juntas de gobierno de los institutos nacionales de salud tendrán, adicionalmente a las facultades que les confiere la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, las atribuciones indelegables siguientes:

I. 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;

II. 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;

III. Establecer los lineamientos para la aplicación de los recursos autogenerados;

IV. Autorizar el uso oneroso de espacios en las

áreas e instalaciones del Instituto de que se trate, que no sean de uso hospitalario.

V. 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;

VI. 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;

VII. 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, y

VIII. 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.

Artículo 17. Las juntas de gobierno celebrarán sesiones ordinarias por lo menos dos veces cada año, y las extraordinarias que convoque su presidente o cuando menos tres de sus miembros.

Las juntas sesionarán válidamente con la asistencia de, por lo menos, la mitad más uno de sus miembros, siempre que se encuentren presentes la mayoría de los representantes de la Administración Pública Federal. Los acuerdos se tomarán por mayoría de los miembros presentes y el presidente tendrá voto de calidad, en caso de empate.

A las sesiones de las juntas de gobierno asistirán, con voz, pero sin voto, el secretario, el prosecretario y el comisario.

Las juntas de gobierno podrán invitar a sus sesiones a representantes de instituciones de investigación, docencia o de atención médica, así como a representantes de grupos interesados de los sectores público, social y privado.

Artículo 19. Los directores generales de los institutos nacionales de salud tendrán, además de las facultades y obligaciones señaladas en el artículo 59 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, las siguientes:

I. Celebrar y otorgar toda clase de actos, convenios, contratos y documentos inherentes al objeto del Instituto;

II. 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;

III. Emitir, avalar y negociar títulos de crédito;

IV. Otorgar, sustituir y revocar poderes genera-

les y especiales con las facultades que le competen, incluso las que requieran autorización o cláusula especial;

V. Formular denuncias y querellas, así como otorgar el perdón legal;

VI. Ejercitar y desistirse de acciones judiciales, inclusive en materia de amparo;

VII. Celebrar transacciones en materia judicial y comprometer asuntos en arbitraje;

VIII. Proponer a la Junta de Gobierno los estímulos que deban otorgarse al personal del Instituto;

IX. Otorgar reconocimientos no económicos a personas físicas o morales benefactoras del Instituto, incluidos aquellos que consistan en testimonios públicos permanentes;

X. Autorizar la apertura de cuentas de inversión financiera, las que siempre serán de renta fija o de rendimiento garantizado, y

XI. Fijar las condiciones generales de trabajo del Instituto, tomando en cuenta la opinión del Sindicato correspondiente.

Artículo 20. Los directores generales de los institutos nacionales de salud durarán en su cargo cinco años y podrán ser ratificados por otro período igual en una sola ocasión. Podrán ser removidos por causa plenamente comprobada, relativa a incompetencia técnica, abandono de labores o falta de honorabilidad.

Los estatutos orgánicos de los Institutos prevendrán la forma en que los directores generales serán suplidos en sus ausencias.

*Capítulo IV. Órganos de apoyo*

Artículo 21. Cada uno de los institutos nacionales de salud contará con un patronato, con un consejo asesor externo y con un consejo técnico de administración y programación, como órganos de apoyo y consulta.

Artículo 22. Los patronatos tendrán el encargo de apoyar las labores de investigación, enseñanza y atención médica de los Institutos, principalmente con la obtención de recursos de origen externo. Serán también órganos asesores y de consulta.

El funcionamiento de cada Patronato y la duración de sus miembros en sus cargos se determinarán en las reglas internas de operación que cada uno de ellos expida.

Artículo 25. Los patronatos auxiliarán a las juntas de gobierno y tendrán las siguientes funciones:

I. Apoyar las actividades de los Institutos y formular sugerencias tendientes a su mejor desempeño;

II. Contribuir a la obtención de recursos que promuevan el cumplimiento de los objetivos de los Institutos, y

III. Las demás que les señalen las juntas de gobierno.

Artículo 26. El consejo asesor externo se integrará, en cada Instituto, por el director general, quien lo presidirá, y por personalidades nacionales o internacionales del ámbito de las especialidades materia del Instituto, quienes serán invitados por la Junta de Gobierno a propuesta del director general.

Artículo 28. Cada uno de los Institutos contará con un consejo técnico de administración y programación, como órgano de coordinación para incrementar su eficacia.

Artículo 29. Los consejos técnicos de administración y programación tendrán las siguientes funciones:

I. Actuar 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;

II. Proponer las adecuaciones administrativas que se requieran para el eficaz cumplimiento de los objetivos y metas establecidos;

III. Opinar respecto de las políticas generales y operativas de orden interno;

IV. Analizar problemas relativos a aspectos o acciones comunes a diversas áreas del Instituto y emitir opinión al respecto, y

V. Proponer al director general la adopción de medidas de orden general tendientes al mejoramiento administrativo y operacional del Instituto.

Los investigadores eméritos recibirán el estímulo económico y las prestaciones que determine la Junta de Gobierno respectiva.

#### *Capítulo V. Órgano de vigilancia*

Artículo 32. Cada uno de los institutos nacionales de salud contará con un órgano de vigilancia integrado por un comisario público propietario y

un suplente designados por la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, y tendrán las atribuciones que les otorga la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Artículo 33. Cada uno de los institutos nacionales de salud contará con 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 Contraloría y Desarrollo Administrativo.

Artículo 34. Los servidores públicos a que se refiere el artículo anterior desarrollarán sus funciones conforme a las siguientes bases:

I. Recibirán quejas, investigarán y, en su caso, por conducto del titular del órgano de control interno o del área de responsabilidades, determinarán la responsabilidad administrativa de los servidores públicos de la entidad e impondrán las sanciones aplicables en los términos previstos en la ley de la materia y dictarán las resoluciones en los recursos de revocación que interpongan los servidores públicos de la entidad respecto de la imposición de sanciones administrativas. Dichos órganos realizarán la defensa jurídica de las resoluciones que emitan, ante los diversos tribunales federales;

II. Realizarán sus actividades de acuerdo con reglas y bases que les permitan ejecutar su cometido con autosuficiencia y autonomía;

III. Examinarán y evaluarán los sistemas, mecanismos y procedimientos de control;

IV. Efectuarán revisiones y auditorías;

V. Vigilarán que el manejo y aplicación de los recursos se efectúe conforme a las disposiciones aplicables, y presentarán al director general y a la Junta de Gobierno los informes resultantes de las auditorías, exámenes y evaluaciones realizados, y

VI. Ejercerán las demás facultades que otras disposiciones legales y reglamentarias les confieran.

#### *Capítulo VI. Régimen laboral*

Artículo 35. Las relaciones laborales entre los institutos nacionales de salud y sus trabajadores se regirán por lo dispuesto en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional. El personal continuará incorporado al régimen de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Artículo 36. Serán trabajadores de confianza los directores generales, directores, subdirectores, jefes de división, jefes de departamento, jefe de servicios y los demás que desempeñen las funciones a que se refiere el artículo 5o. de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B del artículo 123 Constitucional.

### TÍTULO TERCERO

#### ÁMBITO DE LOS INSTITUTOS

#### *Capítulo I. Investigación*

Artículo 37. La investigación que lleven a cabo los institutos nacionales de salud será básica y aplicada y tendrá como propósito contribuir al

avance del conocimiento científico, así como a la satisfacción de las necesidades de salud del país, mediante el desarrollo científico y tecnológico, en áreas biomédicas, clínicas, sociomédicas y epidemiológicas.

Artículo 38. En la elaboración de sus programas de investigación, los institutos nacionales de salud tomarán en cuenta los lineamientos programáticos y presupuestales que al efecto establezca el Ejecutivo Federal en estas materias.

I. Con los recursos federales que se otorguen a los Institutos, dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación y que, conforme a sus programas y normas internas, destinen para la realización de actividades de investigación científica;

II. Con recursos autogenerados;

III. Con recursos de terceros.

Cuando el proyecto de investigación continúe su desarrollo en un Instituto distinto al originalmente designado, los recursos se transferirán al Instituto que tome el proyecto a su cargo;

Los apoyos económicos que de los recursos de terceros se otorguen al personal serán temporales, por lo que concluirán al terminar el proyecto financiado por dichos recursos, y no crearán derechos para el trabajador, ni responsabilidad de tipo laboral o salarial para el Instituto, y

Los lineamientos para la administración de estos recursos serán aprobados por la Junta de Gobierno.

Los fondos serán constituidos y administrados mediante la figura del fideicomiso. El fideicomitente será el Instituto Nacional de Salud de que se trate;

El objeto de los fondos será financiar o complementar el financiamiento de proyectos específicos de investigación, la creación y mantenimiento de instalaciones de investigación, enseñanza y atención médica, su equipamiento, el suministro de materiales, el otorgamiento de apoyos económicos e incentivos extraordinarios a los investigadores, personal de apoyo a la investigación, y otros propósitos directamente vinculados con los proyectos científicos aprobados. Los recursos podrán afectarse para gasto de administración de los Institutos hasta el porcentaje que apruebe la Junta de Gobierno de cada Instituto. Los bienes adquiridos y obras realizadas con recursos de los fondos formarán parte del patrimonio del propio Instituto;

Artículo 45. Las aportaciones que realicen las personas físicas y morales a los proyectos de investigación que realicen los institutos nacionales de salud serán deducibles para efectos del impuesto sobre la renta, en la forma y términos que se establezcan en las disposiciones fiscales aplicables.

Artículo 46. Los institutos nacionales de salud difundirán a la comunidad científica y a la sociedad sus actividades y los resultados de sus investigaciones, sin perjuicio de los derechos de propiedad industrial o intelectual correspondientes y de la información que, por razón de su naturaleza, deban reservarse.

Artículo 47. Los institutos nacionales de salud podrán coordinarse entre ellos y con otras instituciones públicas o privadas, incluyendo a organizaciones no gubernamentales nacionales o internacionales para la realización de proyectos específicos de investigación.

Artículo 48. En la coordinación entre los Institutos Nacionales de Salud, para la realización conjunta de proyectos específicos, podrá quedar comprendida la transferencia de recursos de uno a otro organismo hasta por el monto necesario.

Para realizar la transferencia a que se refiere el párrafo anterior, los Institutos deberán contar con la autorización de la coordinadora de sector y de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en términos de las disposiciones presupuestales aplicables.

Artículo 49. Los institutos nacionales de salud elaborarán y actualizarán los inventarios de la investigación que lleven a cabo, y estarán obligados a proporcionar a la Secretaría los datos e informes que les solicite para su integración al Sistema Nacional de Investigación en Salud.

Artículo 50. Los institutos nacionales de salud asegurarán la participación de sus investigadores en actividades de enseñanza.

## Capítulo II. Enseñanza

Artículo 51. Los institutos nacionales de salud podrán impartir estudios de pregrado, especialidades, subespecialidades, maestrías y doctorados, así

como diplomados y educación continua, en los diversos campos de la ciencia médica.

Asimismo, podrán participar en la capacitación y actualización de recursos humanos, a través de cursos, conferencias, seminarios y otros similares, en los temas que consideren necesarios.

### *Capítulo III. Atención médica*

Artículo 54. Los institutos nacionales de salud prestarán los servicios de atención médica, conforme a lo siguiente:

I. Atenderán padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, así como urgencias.

Transitorios

Segundo. Se abrogan:

I. Las leyes del Instituto Nacional de Cancerología; del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, y del Hospital Infantil de México Federico Gómez, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 3 de diciembre de 1987, y

II. Los decretos presidenciales del Instituto Nacional de Salud Pública; del Instituto Nacional de Pediatría; del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía; del Instituto Nacional de Perinatología; del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, y del Instituto Mexicano de Psiquiatría, publicados en el *Diario Oficial de la Federación* los días 26 de enero de 1987, 1, 2 y 4 de agosto y 7 de septiembre de 1988, respectivamente, así como el decreto por el que se reforma el diverso del Instituto Nacional de

Neurología y Neurocirugía, publicado en el mismo órgano informativo el 3 de junio de 1994.

Tercero. Las instituciones de salud que utilicen en su denominación las palabras “Instituto Nacional” tendrán un plazo de seis meses, contados a partir de la entrada en vigor de la presente ley, para promover las modificaciones necesarias para cambiar su denominación.

Cuarto. Las juntas de gobierno expedirán los nuevos estatutos orgánicos de los institutos nacionales de salud en un plazo de sesenta días, a partir de la entrada en vigor de la presente ley.

Quinto. En la ejecución de la presente ley se respetarán los derechos laborales adquiridos por los trabajadores de los Institutos Nacionales de Salud.

## *2. Los coordinadores de los Insalud*

Jesus Kumate, Rafael Méndez, Carlos Pacheco, Enrique Wolpert, Misael Uribe, Jaime Sepúlveda y Julio Sotelo, representan la multiplicación y consolidación de los Insalud, la personalidad y los valores individuales han dotado a los Insalud, sin duda alguna, de la fuerza que les permite alcanzar el grado de superación que coloca a cada uno y en conjunto en el primer plano nacional y un lugar relevante en el mundo de la medicina.

Es gracias a esos hombres que los Insalud son venerados por la sociedad mexicana, el público consi-

dera que los resultados y conquistas se reafirman a diario, por lo que aquellas medidas administrativas que no permiten la total capacidad de las instituciones deberían tornarse en nuevas percepciones y racionalidad pragmática.

### *3. Las juntas de gobierno de los Insalud*

La fuerza, equilibrio y apego a la Ley se encuentra reflejada en este cuerpo colegiado de cada uno de los institutos; de ahí emana el juicio que le da forma y función a los proyectos y actividades que conforman el programa de trabajo anual de la institución.

La conformación de las juntas de gobierno de los institutos suele ser equilibrada y propositiva, sus miembros son personalidades distinguidas con trayectoria cuyos atributos educativos, normativos y evaluativos orientan a la institución; aun en situaciones complejas aportan elementos que provienen del cumplimiento de la norma.

Su constitución y regulación por el Estado permiten una adecuada evaluación, acreditación y control de los recursos, lo cual permite garantizar calidad y transparencia.

En este camino la integridad jurídica está protegida y los elementos éticos resguardados. El fin, lo que se persigue es el bien común, es decir, un principio ordenador social, un bien de convivencia que

mantiene la integridad del cuerpo social y de cada uno de sus miembros respetados en su persona.

#### 4. *Reforzar la descentralización*

No obstante que en la LINS, LFEP, LOAPF y demás ordenamientos jurídicos se establece que los organismos descentralizados gozan de personalidad jurídica y patrimonio propio, con autonomía técnica, operativa y administrativa, teniendo inclusive sus directores generales, las más amplias facultades de dominio y administración, agrupadas por sectores definidos, se considera que el objeto de las mismas sólo es válido en relación con su esfera de competencia correspondiente.

Aunque la Secretaría de Salud funge como coordinadora del sector, de acuerdo con las leyes antes citadas, y le compete sólo conocer la operación, evaluar (analizar, estudiar) los resultados y participar en los órganos de gobierno, lo cierto es que en la práctica, existe una intervención directa que se convierte, más bien, en una verdadera operación de la administración de cada organismo descentralizado por parte de dicha Dependencia.

Queda claro que la descentralización plena, a partir de que fue concebida, no puede lograrse de manera vertiginosa, sin embargo, como se expuso anteriormente, la intención, como tal, data de 1982 y a 24

años es motivo de reflexión si aún no se ha logrado plenamente su objetivo; sólo en análisis profundo lograremos obtener conclusiones precisas y por consiguiente proponer alternativas de solución.

La administración descentralizada delega en mucho mayor grado la facultad de decidir y conserva sólo los controles necesarios en los altos niveles. El grado en que conviene descentralizar depende de muchos factores, a saber, entre otros: la proporción de los servicios que se presten, la capacidad y experiencia de cada institución y la cantidad de controles establecido en las normas.

Sin embargo, en materia de salud, la descentralización ya se encuentra estructurada, pero no obstante que ya está plasmada en la norma, no se ha llevado plenamente a la práctica; por parte del sector central existe resistencia a permitir a las entidades agrupadas a éste, actuar con autonomía de gestión.

Podríamos considerar que se presenta un retroceso en el tema de la descentralización porque en la práctica diaria hay una escasa o casi nula autonomía de gestión, parece más bien que estamos frente a una desconcentración administrativa.

La autonomía representa la esencia de la descentralización: la superación de los organismos descentralizados con respecto a la administración central, el no estar sujetos inexorablemente a las decisiones jerárquicas de ésta, principalmente en el ejercicio de

su presupuesto, ya que en este sentido, si el temor es el ejercicio indebido, existen otros mecanismos de superación y rendición de cuentas, más allá del control. No se está proponiendo de ninguna manera extralimitación de funciones, sino simplemente subrayar que no existe una libertad jurídico-administrativa, lo que limita en gran medida el logro de los objetivos o metas institucionalmente trazados.

La actitud ancestral centralizadora nuevamente hace su aparición, so pretexto de los problemas que surgen en la práctica diaria de las funciones de cada Instituto Nacional de Salud, se retoman, por parte de la coordinadora del sector, las atribuciones que antaño le fueron conferidas pero que con el proceso de descentralización fueron, más tarde, transferidas a los organismos descentralizados.

Lo que debe buscarse es diagnosticar certeramente las dificultades presentadas e incluso los errores cometidos y proponer los correctivos necesarios, pero no al grado de absorber las actividades que son competencia sólo de las entidades descentralizadas. No debemos confundir la coordinación sectorial con la intervención o el ejercicio de las facultades, es decir, los aspectos relativos a la labor normativa y definición de políticas son cuestiones diferentes a la operación propia que a cada organismo descentralizado compete en la prestación de los servicios.

Carlos Moreno Jaimes señala que la evaluación debe cumplir un papel fundamental en la descentralización del gasto en salud. Si bien las condiciones epidemiológicas de cada región deben fundamentar las decisiones de asignación del gasto, el sistema de evaluación debe también incorporarlas como indicadores del desempeño de los operadores de los servicios. Es decir, no sólo se trata de compensar presupuestalmente a aquellas regiones cuyas condiciones epidemiológicas son más desfavorables, sino también de crear mecanismos que incentiven a los sistemas estatales de salud a mejorar sus indicadores de mortalidad, morbilidad, etcétera. Las reformas presupuestarias que varios países han llevado a cabo en la última década han puesto un énfasis mayor en evaluar los resultados de la gestión pública, y no tanto los insumos que se utilizan. Es claro que el sector salud en nuestro país debe ir transitando en esa dirección, sobre todo para que el proceso descentralizador actual genere los beneficios que promete. Este último criterio llevado a la función de los Insalud lo coloca como un modelo de administración pública a reproducirse en aras de una efectiva descentralización.<sup>39</sup>

<sup>39</sup> Moreno Jaimes, Carlos, “La descentralización del gasto en salud en México”, *Impuestos y gasto público en México*, México, CIDE, p. 640.

El titular de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Agustín Carstens, señala que un presupuesto basado en resultados, y medidos éstos a partir de indicadores de desempeño, arrojará año con año un material valiosísimo para contar con mejor información para la toma de decisiones respecto del destino de los recursos públicos. Por ejemplo, para corregir programas que no estén dando los resultados deseados o para la asignación de más recursos a las políticas públicas que más aporten a la equidad y al crecimiento y, en fin, para establecer las prioridades del gasto en función de las necesidades de quienes son su razón de ser y sus destinatarios finales: los ciudadanos.<sup>40</sup>

En sí mismo el gasto público no es un indicador de eficiencia, sino de potencia. Nos dice lo que se podría lograr, pero no necesariamente nos garantiza que lograremos lo deseado. Necesitamos pasar, por ejemplo, del mero enunciado de tantos millones de pesos destinado a campañas de vacunación, a tantos millones de niños con una mejor esperanza y calidad de vida; debemos dejar de pensar en términos de tantos más cuantos millones para educación bási-

<sup>40</sup> Palabras de Agustín Carstens, secretario de Hacienda y Crédito Público, durante la Inauguración de la *Conferencia Internacional sobre Presupuesto basado en Resultados*, que se llevó a cabo el 9 de junio de 2008.

ca y buscar, ante todo, tantos más cuantos millones de niños mexicanos que adquirieron, gracias al gasto público ejercido con eficiencia, más y mejores conocimientos y capacidades. Aquí es en donde aparece el propósito central de este documento, la madurez eficiencia y capacidad administrativa regulada por las juntas de gobierno son garantía suficiente para considerar el conglomerado de las Institutos Nacionales de Salud, como organismos autónomos.

### *5. Respetar y acrecentar la autonomía*

En cuanto a la trascendencia de la autonomía, vale la pena revisar las características principales de los órganos constitucionales autónomos, como modelo de autonomía técnica de gestión:

a) Configuración inmediata por la Constitución: esto significa que los órganos son creados de forma directa por el texto constitucional; sin limitarse simplemente a mencionarlos, sino determinando su composición, los métodos de designación de sus integrantes, su estatus institucional y sus competencias principales.

b) Cuentan con una esfera de atribuciones constitucionalmente determinada, lo cual constituye una “garantía institucional” que hace que tal esfera no esté disponible para el legislador ordinario, esto significa que la ley no podrá afectar ese ámbito

competencial garantizado por la Constitución e incluso, no solamente no lo podrá afectar, sino que tendrá que asegurarlo y dotarlo de efectividad a través de la regulación concreta que por vía legislativa se haga de los mandatos constitucionales.

c) Resultan centrales para la configuración del modelo de Estado moderno. En este sentido, inciden en la formación de la voluntad estatal, ya sea en los procesos de toma de decisiones o en la solución de conflictos al interior del Estado de que se trate, se vuelven necesarios e indefectibles en la medida de que si desaparecieran se vería afectada la globalidad del sistema constitucional o el buen funcionamiento del modelo de “Estado de derecho”.

d) Se ubican fuera de la estructura orgánica de los poderes tradicionales: si bien no se encuentran orgánicamente adscritos o jerárquicamente subordinados a ningún otro órgano o Poder, sus resoluciones —a menos que se trate de órganos límite— son revisables de acuerdo con lo que establezca la Constitución de cada país. Esta independencia orgánica se manifiesta no solamente a través de la ausencia de controles burocráticos, sino también con la existencia de una cierta autonomía financiera o garantía económica a favor del órgano constitucional; de otra forma la independencia orgánica podría verse fácilmente vulnerada a través de la asfixia en el suministro de los recursos económicos. La obli-

gación para el legislador de otorgar los fondos necesarios para el desempeño de las funciones de los órganos constitucionales autónomos formaría parte de la “garantía institucional” que la Constitución les asegura, pues no se trata solamente de tener un ámbito de competencias constitucionalmente determinado, sino también de que ese ámbito cuente con los medios suficientes para poder ser actuado y actuable en la realidad cotidiana del Estado.

De acuerdo con Trujillo Rincón, la noción de Órganos Constitucionales Autónomos (OCA) que prevalece en la mayor parte de la doctrina, los considera como

aquellos órganos a los cuales está confiada la actividad directa e inmediata del Estado, y que, en los límites de derecho objetivo, que los coordina entre sí, pero no los subordina unos a otros, gozan de una completa independencia y paridad recíproca, se encuentran en el vértice de la organización estatal, no tiene superiores y son sustancialmente iguales entre sí, no siéndoles aplicables ni el concepto de autarquía ni el jerarquía.

Al crear a los OCA, se deben prever los mismos principios de control y responsabilidad de sus miembros que existen para los demás poderes, de forma que la autonomía no sirva como excusa para dejar de

cumplir con el ordenamiento jurídico, En este sentido, los OCA deben desarrollar sus funciones con apego a los principios del Estado de derecho, se tiene que buscar el diseño de un cuidadoso equilibrio entre el funcionamiento autónomo de los órganos constitucionales y su sujeción a los principios de legalidad, transparencia, rendición de cuentas y responsabilidad de sus integrantes, entre otros.

Lo anterior nos deja clara la distinción entre autonomía y gestión e independencia. Aunque no se pretende que los institutos nacionales de salud se constituyan estrictamente en OCA, pero por la trascendencia, importancia y especificidad de la materia de cada Instituto, convendría adaptar algunas de las características de los OCA para ellos, como la de establecer su atribuciones en la Constitución y así proteger que el ámbito de su acción sea respetado y el presupuesto asignado sea siempre suficiente para el cumplimiento de su labor. Los artículos constitucionales relativos a la salud y salubridad son el 73, fracción XVI, base 1a., que instauro el Consejo de Salubridad General y algunas medidas sanitarias, y el artículo 4o, que consagra el derecho humano a la protección de la salud.

Asimismo, se podría pensar en el esquema de autonomía con el que gozan los centros de investigación y universidades para los Institutos Nacionales de Salud. La LFEP señala que las dependencias de la administración pública federal que tengan como

objeto predominante realizar actividades de investigación cinética y tecnológica y que sean reconocidas como tales, serán consideradas como Centros Públicos de investigación, los cuales se registrarán por las leyes específicas en materia de ciencia y tecnología y por sus respectivos instrumentos de creación (artículo 3o.), punto que resulta relevante para los Institutos Nacionales de Salud, que llevan a cabo actividades de investigación y enseñanza.

En la legislación mexicana, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ofrece el ejemplo único de una institución administrativa de plena autonomía, con prerrogativas propias para atender este importante servicio. La UNAM sigue ligada al Estado por la ley y por el subsidio económico.<sup>41</sup>

## 6. *Opinión de algunos directivos de los Insalud*

En forma resumida, se recoge en esta publicación la opinión de algunos de los directores de los Institutos Nacionales de Salud; que al no ser el propósito de esta publicación una contienda, sino tan sólo una apreciación, omitiremos sus nombres; sin embargo existen diversos documentos que avalan estas opiniones y que dan ocasión al estudio y debate del tema.

<sup>41</sup> Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, nota 2, p. 666.

El primer paso para alcanzar una verdadera autonomía de gestión ha sido ya superado por los Institutos Nacionales de Salud, al alcanzar una plena institucionalización. Asimismo, se observa que la responsabilidad de las decisiones puede ser imputada directamente a sus directivos, Por otra parte, a largo plazo cada Instituto deberá medir su contribución marginal a las ganancias de salud de la población y con ello fijar objetivos claros que estimulen su productividad. Los institutos nacionales de salud deben asumir riesgos y para poder soportarlos deben contar con instrumentos gestores sobre financiación, contratación y personal para poder solventar sus compromisos contractuales. La idea es que cada instituto debe aprovechar sus ventajas competitivas para contribuir a la sociedad.

En enero de 2005, la Secretaría de Salud, a través de su Dirección General Jurídica, ingresó ante la Comisión ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (Cofemer) un anteproyecto de iniciativa de reforma a la LINS mediante la cual se crearía “el” órgano descentralizado de los órganos descentralizados, con el nombre de Comisión de los Institutos Nacionales de Salud, que estaría encargada de coordinar a todos los institutos nacionales de salud, socavando con ello su naturaleza misma.

Este proyecto no prosperó y en junio de 2006, la misma Dirección General ingresó ante Cofemer

el proyecto de Decreto de Reforma al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Sin mencionar en el portal público la justificación o el espíritu de dichas reformas, el proyecto fue aprobado y publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 de noviembre de 2006. Mediante estas reformas, a la Comisión Coordinadora de institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad se le otorgaron diez facultades más a las 21 con las que ya contaba, entre las cuales destacan las siguientes:

- Evaluar el cumplimiento de las metas programáticas relacionadas con la prestación de servicios de salud en materia de atención médica de alta especialidad, investigación en salud y formación de recursos humanos de alta especialidad médica de las instituciones integrantes del sector bajo su coordinación.
- Expedir políticas, normas oficiales mexicanas, criterios, opiniones, lineamientos, procedimientos, resoluciones y, en general, los actos de carácter técnico y administrativo en las materias del ámbito de su competencia.
- Aprobar los sistemas de planeación financiera, administrativa, organizacional, de indicadores de gestión, de control, evaluación y seguimiento, de conformidad con las disposiciones aplicables, y emitir los lineamientos corres-

pondientes a efecto de implantar una red de comunicación y coordinación con los sistemas de las instituciones bajo su coordinación.

- Desarrollar acciones de simplificación normativa y, en general, de la gestión administrativa de su competencia (facultades con las que ya contaba).
- Promover el desempeño gerencial del personal directivo de los institutos nacionales de salud, el de los hospitales federales de referencia, de los hospitales regionales de alta especialidad, de los centros nacionales de trasplantes y transfusión sanguínea, y de los servicios de atención psiquiátrica.
- Promover, mediante la formación de grupos colegiados de los Institutos Nacionales de Salud, de los Hospitales Federales de Referencia y de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, la definición de beneficios, requisitos y esquemas de financiamiento para las acciones de alta especialidad inscritas en el Sistema de Protección Social en Salud.
- Promover nuevos esquemas de organización, administración, gestión y financiamiento que hagan más eficiente la operación de los Institutos Nacionales de Salud.

Aún y cuando se está conciente que la Comisión Coordinadora es necesaria para que la Secretaría

conozca sobre la operación de los institutos nacionales de salud; evalúe, estudie sus resultados y participe a través de los órganos de gobierno, se observa que a través de estas disposiciones se refuerza la intervención directa en la operación de los mismos, y se absorben actividades que le competen al órgano de gobierno, de conformidad con la LFEP y LINS, afectando con ello su autonomía de gestión.

Una cuestión cierta es que la Comisión debe instrumentar las políticas públicas en materia de investigación en salud y atención médica de alta especialidad y otra muy distinta es que ejerza facultades de operación en los servicios que cada órgano descentralizado presta.

La Secretaría de Salud debe evaluar, proponer y actuar en los asuntos de los institutos nacionales de salud a través de su secretario, en su calidad de presidente de la Junta de Gobierno y de su Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, quien puede suplir al primero en su ausencia. Es ésta la vía legal correcta para que la Secretaría opine sobre la gestión de los Institutos Nacionales de Salud.

Mediante la reforma al Reglamento Interior la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, invade competencias que le son propias a la Junta de Gobierno, violando con ello la autonomía de gestión otorgada

por la LFEP. Además, cabe señalar que dicho traslape de competencias lo pretende establecer mediante un Reglamento, el cual está limitado por el llamado *principio de jerarquía normativa* el cual limita la facultad reglamentaria en el sentido de que no puede modificar o alterar el contenido de una ley en sentido formal, y en el presente caso tanto, la LFEP, como la LINS, tienen superioridad jerárquica y un mayor parámetro de constitucionalidad.

Ahora bien, en aras de otorgar una verdadera autonomía de gestión a los institutos nacionales de salud, se requiere solamente voluntad por parte de la Secretaría de Salud, pues las condiciones técnico-jurídicas ya existen.

El establecer una red científica nacional a través de una gestión horizontal donde exista un permanente flujo de información a través de la Comisión Coordinadora de los institutos nacionales de salud permitiría que ésta obtenga las herramientas necesarias para poder implementar las políticas públicas en materia de salud con el conocimiento necesario, pero sin tener que estar emitiendo opiniones específicas o aprobaciones sobre la operación misma de los institutos.

Se necesita entonces que el titular de la Comisión Coordinadora de los institutos nacionales de salud y los directores generales de cada instituto nacional de salud, actores de nivel superior del proceso de otorgamiento de autonomía plena de los institutos,

tengan muy claro cuáles son sus competencias y cuál es el ámbito de aplicación de sus facultades.

En un nivel inferior del proceso, las direcciones generales de la Secretaría de Salud deben también de entender la naturaleza jurídica de los organismos descentralizados y tratarlos como tales, como unidades administrativas centralizadas.

Aunado a ello, es importante cuidar la interacción entre la ciudadanía y los institutos nacionales de salud, buscando que éstos logren transmitir a la sociedad que su razón de ser es prestar un servicio público específico, para lo cual cuentan con autonomía de gestión y por lo cual se les puede exigir rendición de cuentas.

Es necesario tener presente que la autonomía plena de gestión no es sinónimo de independencia, sino más bien de facilitar la implementación de nuevas políticas innovadoras que simplificaran la regulación excesiva normativa creando nuevos paradigmas en los sistemas de salud.

La autonomía de control interno es esencial en el desarrollo de las actividades de los institutos nacionales de salud. El enlace existente con las dependencias globalizadoras tales como La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública y la propia Secretaría de Salud para el caso de los Institutos Nacionales de Salud, juega un papel importante en el desempeño de sus activida-

des cotidianas. Es un hecho probado que en la operación diaria observamos que trámites que pudieron ser liberados en una semana como máximo, pasan por tantos escritorios que retrasan el proceso hasta llevarlo a tardar meses.

Por otra parte, es un hecho que la cuestión normativa existe en todas las sociedades y Estados como un medio de control y garantía de que las cosas se realicen de manera correcta. Sin embargo, existen entornos que facilitan o flexibilizan la operación en diversos sentidos.

A la fecha el sistema de asignación presupuestal para los institutos nacionales de salud descansa en el “irreductible” sin considerar la producción y productividad de los mismos. También es importante hacer notar que la fragmentación del Sistema Nacional de Salud impide tener políticas flexibles en muchos sentidos.

Es interesante citar como ejemplo al Ministerio de Salud Español que tiene una conformación por provincias y comunidades autónomas que normativamente es centralizado. Sin embargo, tiene autonomía de gestión para la realización de diversas operaciones. Es importante recalcar que el Sistema de Salud Español es universal, por lo que no existe prácticamente la fragmentación del mismo en el sentido de las figuras asistenciales de prestación de servicios de salud. Contrario a esta situación, en

México existen servicios de salud proporcionados por el Estado tanto por el Instituto Mexicano del Seguro Social como por organismos desconcentrados y descentralizados de la Secretaría de Salud, además de los servicios privados de salud; esto complica las cosas debido a que al derivar facultades de operación se extienden de manera directa controles cuya percepción directa es la de obstaculizar la propia operación y reducir el margen de maniobras de las instituciones.

La mayoría de los países que poseen sistemas de salud universales cuentan con la facilidad de gestión de sus presupuestos sobre la base de objetivos organizativos. La dinámica de asignación presupuestal considera que aquella organización que fue altamente productiva cuenta con mayor presupuesto para el desarrollo de nuevas actividades o apoyo de las actuales. Por el contrario, las entidades no productivas para el siguiente ejercicio serán penalizadas con un presupuesto menor y deberán realizar las mismas actividades realizando economías u otro tipo de procesos estratégicos para la consecución de los objetivos planteados.

De igual forma, facilita la realización de compras de material consolidadas y realizar procesos de economía de escala. En contraparte, los sistemas de salud fragmentados tienen que lidiar con procesos de compra cruzados que a la larga reper-

cuten en precios más elevados. En el caso de los institutos nacionales de salud, este proceso se complica por el alto nivel de especialización de sus actividades, sin embargo sí generaría la posibilidad de hacer más eficientes procesos institucionales y también flexibilizar las aplicaciones presupuestales en función de los objetivos institucionales.

La autonomía de gestión se basa en ese conjunto de preceptos destinados a regular y garantizar el orden en las instituciones. Es un mandato, una actividad que regula de determinada manera que no siempre es ágil y eficiente, por lo que hay que acudir a otras formas con una significación mayor.

## VII. CONCLUSIÓN

Existen infinidad de disposiciones normativas que rigen la vida jurídica de nuestro país, algunas de ellas regulan de manera directa o indirecta el ejercicio de la administración pública; sólo por mencionar el orden federal, hay 266 leyes federales vigentes, 74 reglamentos, además de considerar las constantes reformas, modificaciones o adiciones, —nuestra legislación actual ha sufrido más de 1693 reformas—. Respecto a la administración pública, debemos considerar además, las circulares, reglamentos internos, manuales de organización, entre otros, y aún con esto, nuestro país no logra avanzar hacia el primer

mundo. La honestidad o la eficacia no se encuentra en la reglamentación excesiva sino en la responsabilidad absoluta que cada mexicano y mexicana asume frente a sí mismo y frente a los demás, con independencia de que sea o no servidor público.

Sólo con voluntad y compromiso se puede lograr la efectividad de la descentralización permitiéndose a cada organismo asumir los riesgos derivados del ejercicio de su autonomía y a responder por las consecuencias de esto.

Christian Courtis y Óscar Parra coinciden en el hecho de que entre las obligaciones que adquiere el Estado en relación con los derechos sociales, se encuentra la de garantizar niveles esenciales de los derechos y las obligaciones de progresividad y no regresividad, por lo que deben adoptar medidas para avanzar gradualmente y en forma progresiva hacia su realización plena; son inadmisibles los retrocesos, aunque constituye una tarea compleja ya que se requiere una visión global sobre sistemas, actores, instituciones y procedimientos que permitan monitorear la no regresividad de una política pública, como lo es la autonomía de gestión de aquellas instituciones descentralizadas.<sup>42</sup>

<sup>42</sup> Courtis, Christian, *Ni un paso atrás. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales*, Buenos Aires, El Puerto, 2006.

Estamos ante un nuevo momento pleno de complejidad que plantea, sin lugar a dudas, nuevos y más grandes retos en todos los ámbitos de la forma de vida de cualquier sociedad; porque si bien se han logrado avances sorprendentes en la tecnología vista desde todas sus variantes, también lo es que, paradójicamente, nos enfrentamos a viejos (o aun sin resolver), nuevos y diversos problemas, principalmente, en el campo de la salud, los cuales han crecido y empeorado con la misma intensidad. Por tanto, el compromiso es y debe ser abatir las circunstancias que motivan dicha problemática y mejorar la calidad de vida de los usuarios de servicios en la especialidad que a cada institución de salud compete.

El desafío para aquellos que hoy se encuentran en la posición de tomar decisiones trascendentes a favor de este país es llevar a cabo una verdadera descentralización y en consecuencia, reforzar la autonomía de gestión con la que ya cuentan los institutos nacionales de salud y que, sin embargo, no ha logrado desarrollarse plenamente.

La intención del presente ensayo es sensibilizar a los actores del actual gobierno, en quienes la ciudadanía ha depositado con gran generosidad, pero sobre todo con esperanza, la confianza de que hoy se administren los recursos públicos que con tanto esfuerzo se generan para ser utilizados con honradez, legalidad y eficiencia.

Proveer a la población con servicios de salud eficientes y de calidad se alcanzará sólo con pasos firmes, decididos, pero principalmente, con acciones concretas orientadas a una causa común: reducir la pobreza, la marginación, la desigualdad y con ello lograr una población sana de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores; consideramos que esto se conseguirá a través del fortalecimiento efectivo de la descentralización administrativa y de la auténtica autonomía de gestión.

#### VIII. BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA ROMERO, Miguel, *Teoría general del derecho administrativo. Primer curso*, 15a. ed., México, Porrúa, 2000.
- CARDOZO BRUM, Myriam, “El papel del municipio en la descentralización de los servicios de salud”, *Comercio Exterior*, México, Bancomext, octubre de 1997.
- CARSTENS, Agustín, “Discurso de inauguración”, *Conferencia Internacional sobre Presupuesto basado en Resultados*, 9 de junio de 2008.
- COURTIS, Christian, *Ni un paso atrás. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales*, Buenos Aires, El Puerto, 2006.
- FRAGA, Gabino, *Derecho administrativo*, 40a. ed., México, Porrúa, 2000.

- LARA PONTE, Rodolfo, “Escenarios para la descentralización municipal. El costo de la salud”, *Estudios Municipales*, México, año IV, núm. 20, marzo-abril de 1988.
- LERMA BLASCO, Joan (coord.), “La sanidad y el estado de las autonomías”, *La España de las autonomías. Reflexiones 25 años después*, España, J. M. Bosch Editor, 2005.
- MOLINA, Gloria y SPURGEON, Peter, “La descentralización del sector salud en Colombia”, *Gestión y política pública*, México, vol. XVI, núm. 1, primer semestre de 2007.
- MERINO, Gustavo, *Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo*, marzo de 2002.
- MORENO JAIMES, Carlos, “La descentralización del gasto en salud en México”, *Impuestos y gasto público en México*, México, CIDE.
- NAVA NEGRETE, Alfonso, *Diccionario Jurídico Mexicano*, México, Porrúa- UNAM Instituto de Investigaciones Jurídicas, t. D-H, voz: Desconcentración.
- OLIVERA TORO, Jorge, *Manual de derecho administrativo*, 7a. ed., México, Porrúa, 1997.
- SERRA ROJAS, Andrés, *Derecho administrativo*, 13a. ed., México, Porrúa, 1985, t. I.

SOJO, Ana, “Reformas de gestión en salud en América Latina”, *Revista de la CEPAL*, Chile, núm. 74, agosto de 2001.

### *Legislación*

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Ley General de Bienes Nacionales.

Ley General de Deuda Pública.

Ley de Planeación.

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.