

GLS-CULS-AUUDC-AMB-B000212446

Dr. Alberto Montoya Martín del Campo
Comisionado Nacional
Comisión Nacional de Mejora Regulatoria
P R E S E N T E



El 1 de julio de 2021 se publicó en el portal de la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria (CONAMER) el anteproyecto del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social (RLGSMPGSS), por parte del Instituto de Salud del Bienestar (INSABI), solicitando exención de Análisis de Impacto Regulatorio (AIRⁱ), manifestando que no crea o modifica trámites que signifiquen mayores cargas administrativas o costos de cumplimiento para los particulares, ni restringe derechos para los particulares, de acuerdo al formulario establecido en la propia plataforma de CONAMER. Con el propósito de contribuir a este ejercicio de mejora regulatoria y para suscitar un intercambio propositivo, en el Colectivo Unidos por la Salud de los Mexicanos expresamos a usted:

El anteproyecto señala que:

"La propuesta de Anteproyecto de Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación Gratuita de Servicios de Salud, Medicamentos y demás Insumos asociados para las Personas Sin Seguridad Social se elaboró con la finalidad de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Segundo Transitorio del Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación y proveer en la esfera administrativa las disposiciones necesarias para el debido cumplimiento de dicha reforma legal. En ese sentido la regulación propuesta establece las bases para que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud se coordinen de manera efectiva para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos a las personas sin seguridad social, en términos de lo dispuesto en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, sin generar costos de cumplimiento para los particulares, toda vez que no crea nuevas obligaciones y /o sanciones para ellos, ni hace más estrictas las existentes; no modifica o crea trámites que signifiquen mayores cargas administrativas o costos de cumplimiento para los particulares, no reduce o restringe prestaciones o derechos de particulares, ni establece o modifica definiciones, clasificaciones, metodologías, criterio, caracterizaciones o cualquier otro término de referencia, afectando derechos, obligaciones, prestaciones o trámites de los particulares" (énfasis añadido)

El citado proyecto fue presentado para exención de AIR, el cual fue dictaminado en el sentido de eximir al INSABI de presentar el AIR favorablemente el 7 de julio de 2021 mediante oficio número CONAMER/21/3078ⁱⁱ, con fundamento en el artículo 71 párrafo cuarto de la Ley General de Mejora Regulatoria (LGMR) al señalar que la misma no implica

costos de cumplimiento para los particulares entre otros, de acuerdo al formulario presentado, y que el citado dictamen se emite sin prejuzgar sobre aspectos de legalidad, competencia y demás aspectos **distintos a los referidos en el artículo 8 de la LGMR.**

El artículo 8 de la LGMR a la letra señala:

Artículo 8. *Son objetivos de la política de mejora regulatoria, los siguientes:*

I. Procurar que las Regulaciones que se expidan generen beneficios superiores a los costos y produzcan el máximo bienestar para la sociedad;

II. Promover la eficacia y eficiencia de la Regulación, Trámites y Servicios de los Sujetos Obligados;

III. Procurar que las Regulaciones no impongan barreras al comercio internacional, a la libre concurrencia y la competencia económica;

IV. Generar seguridad jurídica, claridad y transparencia en la elaboración y aplicación de las Regulaciones, Trámites y Servicios;

V. Simplificar y modernizar los Trámites y Servicios;

VI. Fomentar una cultura que ponga a las personas como centro de la gestión gubernamental;

VII. Mejorar el ambiente para hacer negocios;

VIII. Facilitar, a través del Sistema Nacional, los mecanismos de coordinación y participación entre los órganos de mejora regulatoria de los órdenes de gobierno y los Sujetos Obligados para el cumplimiento de los objetivos de esta Ley;

IX. Atender al cumplimiento de los objetivos de esta Ley considerando las condiciones de desarrollo institucional y las capacidades técnicas, financieras y humanas;

X. Promover la participación de los sectores público, social, privado y académico en la mejora regulatoria;

XI. Facilitar a las personas el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de sus obligaciones;

XII. Armonizar el marco normativo de la mejora regulatoria en el país atendiendo los principios de esta Ley;

XIII. Facilitar el conocimiento y el entendimiento por parte de la sociedad, de la Regulación, mediante la accesibilidad y el uso de lenguaje claro;

XIV. Coadyuvar en las acciones para reducir el costo económico derivado de los requerimientos de Trámites y Servicios establecidos por parte de los Sujetos Obligados, y

XV. Diferenciar los requisitos, Trámites y Servicios para facilitar el establecimiento y funcionamiento de las empresas según su nivel de riesgo, considerando su tamaño, la rentabilidad social, la ubicación en zonas de atención prioritaria, así como otras características relevantes para el país.

Sin embargo, del análisis del anteproyecto, se puede verificar que el mismo no cumple con los objetivos de la política de mejora regulatoria por lo que a continuación se detalla:

OBSERVACIONES

1. A pesar de que el Reglamento desde su denominación hace referencia a que regulará la prestación gratuita de servicios de salud, **medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social**, en todo el cuerpo normativo que se encuentra estructurado por 5 títulos, 14 capítulos, 68 artículos y 11 artículos transitorios, no se refiere un solo título, capítulo o artículo que regule el tema de medicamentos y demás insumos para las personas sin seguridad social y, sin embargo, en el artículo 1 del mismo refieren que su objetivo es regular el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud (LGS).

Por lo anterior, dejará omisiones o lagunas legislativas en el ámbito de estas materias, lo cual se considera que podrá tener serios efectos para los particulares que les generen costos adicionales o que sean contrarios a la seguridad jurídica, claridad y transparencia o que vulneren su derecho a la salud prevista en el artículo 4 constitucional, que en esa materia deberá cumplir el INSABI.

Ejemplo de lo anterior, es lo que se ha podido observar con los niños con cáncer desde el año 2019 y la falta de medicamentos oncológicos, o como los temas de falta de insumos en las instituciones públicas de atención médica a nivel nacional derivado de compras internacionales con la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS), donde las reglas de planeación, programación, ejecución, distribución, calidad, eficacia, operación, etc. no se tienen reguladas y, no deben sujetarse a un Programa estratégico -como el previsto en los artículos 4 y 5 del anteproyecto de Reglamento-, o al Plan Nacional de Desarrollo (sexenal) o a planes anuales o acciones discrecionales por parte de la autoridad en la materia.

Otro ejemplo de omisión en el presente anteproyecto referido a medicamentos y demás insumos asociados, es que la LGS en su artículo 77 bis 35 fracción XV, dispone como facultad del INSABI "Operar, de conformidad con las disposiciones

jurídicas aplicables, centros de mezcla que provean a las unidades médicas a su cargo, las mezclas parenterales, nutricionales y medicamentosas que se requieran para la atención de los beneficiarios de los servicios a que se refiere el presente Título, así como impulsar que las unidades médicas de las entidades federativas que prestan los referidos servicios constituyan y operen dichos centros” y nada de lo anterior se regula en el presente anteproyecto.

2. El anteproyecto, tampoco refiere nada respecto a la coordinación de la prestación de servicios de salud de alta especialidad que se brinden por las entidades agrupadas en su sector coordinado que le compete a Secretaría de Salud de acuerdo al artículo 77 bis 5, A), fracción II en esta materia. Nada refiere este Reglamento, sólo refiere redes de servicios, pero no los organiza.

De hecho, en los convenios suscritos con las entidades federativas y en los criterios expedidos por la Secretaría de Salud para 2021, únicamente se hacen referencia a ellos de manera tangencial, y de manera somera refieren que se les podrán hacer pagos o compensaciones del monto considerado del 18% para gastos de operación de los recursos que se envíen a las entidades por servicios no transferidos, y adicional a ello, en los conceptos de gasto y partidas presupuestales a los que los sujeta INSABI, no prevé servicios subrogados, lo cual, hace de imposible ejecución el pago por los servicios que presten, además de que los limita en el sentido de que, si suscriben convenios con entidades, no podrán recibir recursos del INSABI.

3. Ni el programa estratégico que se establecerá según se lee en los artículos 4 y 5, ni el reglamento, refieren nada relativo a evaluar el desempeño de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados en los aspectos de accesibilidad, aceptabilidad, calidad, oportunidad e integralidad de los servicios prestados establecido en la LGS, solo se controla el ejercicio del gasto de los recursos transferidos a las entidades.
4. Nada refieren del modelo nacional de acuerdos que debe emitir la Secretaría de Salud de acuerdo al artículo 77 bis 6, sin embargo, ya se suscribieron y en ellos se describe cómo las entidades ceden sus recursos a INSABI para que sea quien compre y entregue en especie los medicamentos, material de curación e insumos. Entonces los convenios fueron previos a las disposiciones reglamentarias y no en el orden que debe ser. (PRINCIPIO DE JERARQUÍA DE LEYES).
5. La técnica legislativa es deficiente, y por ello, sus disposiciones igualmente lo son y van en contra de los principios que establece la Ley General de Mejora Regulatoria en materia certeza y de seguridad jurídica y la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 25, último párrafo.
6. Diversos artículos transitorios refieren a obligaciones que se generarán para 2021, específicamente en materia de presupuesto de egresos 2021, cuando estamos a

más de la mitad del año en que el mismo se ejerce por la Administración Pública Federal.

Los artículos cuarto y quinto transitorios refieren a disposiciones de artículos del reglamento erróneos, lo cual conlleva a la falta de certeza jurídica, y son omisos en establecer algunas referencias a obligaciones que sí deben tener una temporalidad y procedimiento para su cumplimiento al establecerse en el anteproyecto, y no lo establecen en el régimen transitorio.

7. El programa estratégico previsto en los artículos 4 y 5 del anteproyecto, además de ser omiso en las materias señaladas en el punto 1. del presente escrito, no señala nada referente a diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. No se establece que la atención deba contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención, así como a los medicamentos y demás insumos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud conforme lo señala el artículo 77 bis 1 de la LGS y específicamente el párrafo segundo que determina que **las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la organización, secuencia, alcances y progresividad de la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a que se refiere ese Título**, tampoco cumple con el artículo 77 bis 9 segundo párrafo de la LGS.

Por otro lado, el Programa estratégico previsto en los citados artículos 4 y 5, refiere a una política de atención sustentada en Atención Primaria a la Salud (APS), cuando la LGS y el REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGSMPSAM) ya regulan los distintos niveles de atención médica y las disposiciones relativas a los mismos. Por ello, este modelo debe considerar las disposiciones ya vigentes en materia de diagnóstico, curación y rehabilitación, no limitarse a acciones de prevención y promoción de la salud.

Por otro lado, este Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) para las personas sin Seguridad Social, basado en la Atención Primaria de Salud (APS) ya se encuentra en los convenios que el INSABI ha suscrito con las entidades federativas y en dicho modelo, se establece, por ejemplo, que hay medicamento que no puede ser prescrito por el ESB (quienes están en áreas incluso rurales) y serán entregados en hospitales especializados como, por ejemplo, los oncológicos, antirretrovirales, psiquiátricos, cardiológicos, etc.). Lo cual, hará que una persona que requiera medicamento especializado que viva en zonas rurales alejadas, deberá desplazarse a zonas urbanas para solicitar una receta de alta especialidad, y tendrá además que buscar un hospital de alta especialidad para solicitar sus medicamentos, lo cual,

generará costos adicionales a los pacientes, contrario a lo que se establece en la justificación en la plataforma de CONAMER por parte de INSABI.

Con todo esto, además se contrapondrán las disposiciones de este Reglamento que se analiza, con el RLGSMPSAM.

Ejemplo de ello, es que el RLGSMPSAM ya estipula los requisitos para que los médicos puedan expedir recetas y no los limita, salvo por acreditar los conocimientos para ello, como lo hace el modelo SABI de APS previsto ya en el *ACUERDO de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y la Ciudad de México*ⁱⁱⁱ y que se dispondrá además como modelo de atención en el programa estratégico de este anteproyecto de reglamento que se analiza. Se transcribe parte del convenio vigente con CDMX:

“a. Elementos estructurales del Modelo SABI.

- La unidad institucional responsable de la salud de la población en las comunidades es el ***Equipo de Salud del Bienestar (ESB)***, ***compuesto por un médico general, residente en medicina familiar o especialista en salud familiar, médico pasante en servicio social, y personal de enfermería. Se sumará personal comunitario contratado (Promotor de salud) o voluntario que apoye las labores de salud*** y los aportes de las organizaciones comunitarias a la promoción de la salud.

- ***Cada ESB tendrá bajo su responsabilidad la prestación de servicios y la mejoría de la salud integral de un territorio/población definido, idealmente de hasta 3,000 habitantes***, distribuidos en un territorio que para llegar a la unidad de salud no demore más de media hora en el transporte habitual para la zona y caminando no sea mayor de 7 km, salvo en zonas rurales con muy alta dispersión de la población.

- ***Los ESB trabajarán en un consultorio individual o un Centro de Salud (CS) o Unidad Médica Rural (UMR)***, pudiendo de acuerdo con el tamaño de la población coexistir varios equipos básicos, desarrollando sus labores en unidades móviles, cuando las características del territorio y población así lo determine.

6b. Contenidos de la atención.

- Todo ESB mantendrá actualizado un diagnóstico de salud de su territorio y población, que será la guía para la planificación del trabajo de promoción de salud y la prevención de enfermedades, las actividades clínicas y de la labor intersectorial para actuar sobre las determinaciones sociales y medioambientales de la salud.

- Cada RISS proporcionará una atención resolutive de los problemas y padecimientos prevalentes en cada región. Se removerán las barreras de acceso a los servicios de salud y a los medicamentos necesarios, los que se entregarán gratuitamente. El lugar de entrega de los medicamentos dependerá, en cierta medida, de la patología de los pacientes, debiendo acercarlo lo más posible a donde éstos viven. (Hay medicamento que no pueden ser prescriptos (sic) por el ESB y serán entregados en hospitales especializados como, por ejemplo, los oncológicos, antirretrovirales, psiquiátricos, cardiológicos, etc.)” (Énfasis añadido)

Entonces, a pesar de que el Reglamento no regula nada de medicamentos asociados e insumos para la salud, los convenios ya establecen regulación al respecto, lo cual se considera dejará en situaciones de incertidumbre jurídica a los particulares en los temas de medicamentos e insumos.

Aunado a lo anterior con estas disposiciones, se imposibilita a los médicos a prescribir recetas médicas para los pacientes con padecimientos de alta especialidad, y en días pasados se ha sabido en diversos medios de comunicación sobre la afectación a los pacientes de no poder adquirir sus medicamentos por no otorgárseles las recetas médicas aparentemente por indicaciones en algunos hospitales, lo cual, impide el derecho a la salud a los pacientes sin razón alguna y no hay disposición jurídica alguna al día de hoy que otorgue sustento alguno para estas restricciones.

Únicamente en los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)^{iv} de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público que evalúa el gasto público, se encuentra el denominado “E 018 Suministro de Claves de Medicamentos” cuyo propósito es que “la población derechohabiente recibe los medicamentos prescritos por el personal médico de manera oportuna y completa, para atender sus problemas de salud” y cuyo indicador denominado “Surtimiento completo de recetas” el cual se integra con la fórmula es “Número de Derechohabientes con recetas surtidas al 100 por ciento en el periodo de reporte / Total de derechohabientes encuestados en el mismo periodo X 100” y cuya meta es del 97%, y sería inimaginable pensar que no se estuvieran emitiendo recetas en el sector salud únicamente para cumplir con este porcentaje de surtimiento, en detrimento de la salud de la población mexicana.

8. Por otro lado, ni el programa estratégico antes descrito, ni el anteproyecto de reglamento refieren nada relativo a evaluar el desempeño de la prestación gratuita de servicio de salud, medicamentos y demás insumos asociados en los aspectos de accesibilidad, aceptabilidad, calidad, oportunidad e integralidad de los servicios prestados establecido en la LGS., solo se controla el ejercicio del gasto de los recursos transferidos a las entidades.

9. Respecto al TÍTULO TERCERO. DEL FINANCIAMIENTO DE LA PRESTACIÓN GRATUITA DE SERVICIOS DE SALUD, CAPÍTULO I, TRANSFERENCIAS FEDERALES., debe señalarse que el artículo 21 del anteproyecto, señala que *“el Secretario de Salud, a propuesta del Instituto, dará a conocer mediante Acuerdo que se publique en el Diario Oficial de la Federación, a más tardar el 15 de enero de cada año, los criterios generales para la aplicación de los recursos que la Federación aporte para la Prestación Gratuita de Servicios de Salud, en los que se incluirá la distribución porcentual de los mismos a la que deberán sujetarse las entidades federativas para su ejercicio.*

Dichos recursos deberán ejercerse de conformidad con los conceptos de gasto, partidas presupuestarias y demás reglas que anualmente se establezcan para su destino y aplicación, incluyendo su supervisión, en los anexos de los acuerdos de coordinación que las entidades federativas tengan celebrados con el Instituto para la Prestación Gratuita de Servicios de Salud.”

Para 2021, el Secretario de Salud emitió criterios en el sentido, que ahora regulará el reglamento, y en dichos criterios se encuentran las deficiencias que en el presente escrito se señalan, especialmente por lo que corresponde a la alta especialidad, al mecanismo de otorgamiento en especie de medicamentos e insumos, de infraestructura, del Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI), de la falta de partidas presupuestales adecuadas para el debido cumplimiento, etc. Por ello, de no establecerse las reglas claras desde este reglamento, los criterios seguirán con las mismas deficiencias en todos los rubros (medicamentos, insumos, pagos, integración de redes, infraestructura, compras, etc.) que conllevarán a la misma situación que se vive desde 2019 y hasta hoy en atención médica e insumos para la salud.

Por otro lado, el artículo 24 del citado anteproyecto, establece que en los acuerdos de coordinación que se celebren para la Prestación Gratuita de Servicios de Salud, *deberá estipularse que las entidades federativas, por conducto de sus Servicios Estatales de Salud, serán responsables de administrar y supervisar el ejercicio de los recursos que el Instituto les transfiera para tal fin, apegándose para ello a los criterios generales que el Instituto formule por conducto de su Director General*, los que deberán comprender los mecanismos periódicos de seguimiento, verificación y evaluación, que permitan observar la correcta aplicación de los recursos transferidos, hasta su total erogación y comprobación o reintegro a la Tesorería de la Federación, así como los términos y condiciones en que las entidades federativas deberán presentar los informes periódicos sobre el ejercicio, destino y resultados obtenidos con los recursos transferidos, y la manera en cómo éstas deberán comprobar y justificar su ejercicio.

Los criterios generales a que hace referencia el párrafo anterior, serán notificados a las entidades federativas a más tardar el 31 de enero de cada año, en los términos que se precisen en los respectivos acuerdos de coordinación.

Con esta disposición, se le otorgarán facultades discrecionales al Director General del INSABI, lo cual no se encuentra previsto en la LGS, únicamente se otorgan al INSABI (no así a su Director General) en el artículo 77bis 35, fracción XVI la facultad consistente en *“Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de la prestación de los servicios a que se refiere el presente Título, previa opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público”*. Por ello, se considera que esta propuesta de artículo excede lo dispuesto por la LGS.

10. Respecto del artículo 27 del anteproyecto, que establece disposiciones relativas a la transferencia a las entidades federativas en numerario y en especie, no se establece ninguna disposición reglamentaria a lo establecido en el artículo 77 bis 15 último párrafo, donde se establece que *“Cuando un beneficiario de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, sea atendido en cualquier establecimiento de salud del sector público de carácter federal, la Secretaría de Salud canalizará directamente a dicho establecimiento el monto correspondiente a las intervenciones prestadas, sujetándose para ello a los lineamientos que para tal efecto emita la propia Secretaría.”*

Por lo anterior, se considera que debe establecerse en el reglamento lo descrito en el párrafo que antecede, así como las hipótesis normativas relativas, en caso de no haber convenio con el prestador del servicio y la entidad o el INSABI.

11. Capítulo IV. Compensación Económica.

Este capítulo en particular, deja a las instituciones federales de atención médica de alta especialidad imposibilitadas para tener certeza alguna respecto a la prestación de servicios de atención médica que puedan prestar a beneficiarios del programa, tanto los que se presenten directamente por voluntad propia, como aquellos que sean referidos por las entidades paraestatales. Lo anterior es así, toda vez que dichas instituciones no tendrán el carácter de acreedor u deudor a la vez con las entidades federativas no con el INSABI como para que pueda llevarse a cabo un mecanismo de compensación económica como el previsto en este capítulo, al ser únicamente prestadoras de servicios de atención médica, y, tanto al LGS como las leyes y decretos que les son propios establecen que los servicios que llevan a cabo se pueden realizar mediante el pago correspondiente de acuerdo a las cuotas de recuperación previstas en sus tabuladores, pero no se prevé de manera alguna la compensación. Y tanto el anteproyecto de reglamento, como los criterios expedidos por el Secretario de Salud en 2021, como los convenios suscritos entre el INSABI y las entidades federativas, confunden o toman como sinónimos las palabras **“compensación”** y **“pago”** los cuales son de naturaleza completamente distinta, y sin embargo eso no se prevé en este anteproyecto.

Peor aún, al no haber mecanismos claros, si una institución de carácter federal de atención médica de alta especialidad como los Institutos Nacionales de Salud conviene con una entidad federativa para prestarle servicios médicos, de acuerdo a las reglas del INSABI que imperan en los convenios y que se mantendrán en el presente anteproyecto de reglamento, entonces ese Instituto únicamente podrá recibir medicamentos e insumos en especie por el servicio prestado, debiendo además ajustarse a lo que reciba por las compras consolidadas cuya calidad se ha cuestionado de manera reiterada y de no aplicarlo al paciente (incluso por cuestiones éticas de preservar la salud del paciente ante la baja calidad del medicamento o insumo), entonces la institución se verá obligada a resarcir el costo en dinero al INSABI o a la entidad por no haber aplicado el insumo en la atención médica de alta especialidad.

Además, esto impactará en los ingresos propios que obtienen estas instituciones la cual, les permite llevar a cabo las compras de medicamentos de patente que en muchos casos les son indispensables para atención de pacientes de alta especialidad y que ante retrasos de entregas o cualquier otra situación que deba llevarlos a compras indispensables, los llevará a situaciones como las que se han presentado desde 2019 en medicamentos e insumos del sector.

Ejemplos de ello ya se pueden ver en instituciones como el Hospital Juárez de México (HJM) que así lo manifiesta en su informe de autoevaluación del año 2020 (Páginas 112, 113 y 153 a 156)^v el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIM)(página 95)^{vi} el Hospital General Doctor Manuel Gea González (páginas 22, 23 y 83 a 86)^{vii}

12. TÍTULO CUARTO.DE LA TRANSFERENCIA DE ATRIBUCIONES AL INSTITUTO.

Sobre este Título, llama la atención que en el artículo 53 se establece la posibilidad de que el INSABI establezca otro fideicomiso distinto al FONSABI, *“que tendrá como fin, destinar los recursos que las entidades federativas enteren al mismo, conforme a lo señalado en los artículos 77 bis 16 A, párrafo tercero de la Ley y 49, fracción VII, literal b del presente Reglamento, a la Prestación Gratuita de Servicios de Salud.”*

Al respecto, cabe señalar que la LGS en el Título Tercero Bis no prevé esta posibilidad, lo cual se quiere establecer en disposiciones reglamentarias, lo cual se considera excede el ámbito de la Ley. Además, en el anteproyecto **no existe el artículo 49 fracción VII, literal b que citan en este artículo 53, y sin embargo, conforme a eso se le darán al INSABI los recursos para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social de las entidades federativas que le transfieran los servicios al INSABI.**

Esto además de que conlleva una incertidumbre jurídica al establecer disposiciones erróneas, se considera excede la posibilidad prevista en la LGS sobre los recursos del INSABI toda vez que la misma sólo prevé la posibilidad del fideicomiso ahora denominado FONSABI, con cuentas específicas previstas en su cuerpo normativo, no así por lo que se refiere a este fideicomiso que pretende establecerse.

Estaremos atentos a sus comentarios. Para contacto o aclaraciones, favor de enviar correo electrónico a la siguiente dirección: unidosporlasaluddelosmexicanos@gmail.com, unidosporlasaludmx@gmail.com

ATENTAMENTE,

Colectivo Unidos por la Salud de los Mexicanos

<https://unidosporlasalud.mx/>

Twitter @UnidosXSaludMx

Instagram. Unidosporlasaluddelosmexicanos

Antonio Soda Merhy
Armando Lepe Romero
Beatriz Pagés Rebollar
Enrique Echavarría y Pérez
Fernando Gabilondo Navarro
Francisco Moreno Sánchez
Irasema Alcántara Ayala
José Antonio Crespo Pozuelo
José Antonio González Hermosillo

José Luis Ramírez
José Narro Robles
Malaquías López Cervantes
Marco Antonio Martínez Ríos
Patricia Ostrosky
Rafael Álvarez Cordero
Raúl Carrillo Esper
Raúl Luis García Aranda
René Anguiano Martínez
Sergio García Ramírez

ⁱ <https://www.cofemersimir.gob.mx/mirs/51961>

ⁱⁱ https://www.cofemersimir.gob.mx/expediente/26108/emitido/58237/CONAMER_21_3078

ⁱⁱⁱ http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5599743&fecha=04/09/2020

^{iv} http://www.apartados.hacienda.gob.mx/sed/documentos/indicadores/r51_gyn_emmmmlmire.pdf

^v https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/628286/ANEXO_DPE_DEDI_019_2021.pdf

^{vi} <http://himfg.com.mx/interna/transparencia/planes.php>

^{vii} http://www.hospitalgea.salud.gob.mx/contenido/menu/transparencia/planes_programas_e_informes/Informe_de_Autoevaluacion_Dir_Gral_Ene_Dic_2020.pdf