



10 OCT. 2024 SE REMITIO A LA CÁMARA DE DIPUTADOS

Enrique Vargas del Villar
SENADOR DE LA REPÚBLICA

PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 29 DE LA LEY DE COORDINACIÓN FISCAL EN MATERIA DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD.

31
Quien suscribe **Enrique Vargas del Villar**, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 71, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y por los artículos 8, numeral 1, fracción I; 164 y 169 del Reglamento del Senado de la República, presento a consideración de esta soberanía **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 29 DE LA LEY DE COORDINACIÓN FISCAL EN MATERIA DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD**, al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En palabras de la Organización de las Naciones Unidas, la salud es el bien más básico y precioso que tenemos como seres humanos, además de ser el primer fundamento para que una persona pueda desarrollar de forma plena y con autonomía su proyecto de vida¹. Desde 1946, la ONU ha reconocido que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr representa uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social y, al mismo tiempo, asignó a los Estados la ineludible obligación de cuidar el bienestar sanitario de su población, al afirmar que ésta es una responsabilidad de los gobiernos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sociales adecuadas².

¹ Organización Mundial de la Salud, Folleto Informativo No. 31. Derecho a la salud. Consultable en: www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf

² Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Estimaciones de pobreza multidimensional 2022, publicado el 10 de agosto de 2023. Consultable en: www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2023/Comunicado_07_Medicion_Pobreza_2022.pdf



Enrique Vargas del Villar
SENADOR DE LA REPÚBLICA

En efecto, como uno de los derechos humanos de segunda generación, la salud se considera uno de los pilares de toda comunidad política, El derecho a la salud es reconocido tanto en nuestro texto fundamental (artículo 4o. constitucional), como en los instrumentos internacionales que México ha suscrito y ratificado en el marco de la Carta Internacional de Derechos Humanos; en particular, adopta lo señalado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), donde se reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Sin embargo, la realidad es que al día de hoy las poblaciones en situación de vulnerabilidad social y económica, así como los sectores históricamente discriminados y marginados como las personas en pobreza, con discapacidad, indígenas o adultas mayores, siendo estos los grupos más numerosos a nivel mundial – tan sólo en México el 48% de la población vive por debajo de la línea de pobreza por ingresos (LPI) –, son quienes mayores retos enfrentan para acceder y ejercer de forma plena su derecho humano a la salud, entre otros muchos.

Actualmente México se encuentra fuertemente azotado por escenarios de violencias, delincuencia organizada, tráfico de drogas o el mismo conflicto armado que ha ocasionado homicidios, desapariciones y desplazamientos en diversas regiones del territorio. Todos estos hechos han dejado a las poblaciones más excluidas – principalmente comunidades rurales y originarias – con la necesidad urgente de la intervención estatal a efecto de garantizarles los servicios adecuados de atención gratuita de la salud, además de enfrentar periódicamente los constantes fenómenos naturales que afectan al país como huracanes, inundaciones o terremotos. El gobierno de México, como cabeza de una nación en constante y acelerado crecimiento demográfico, con una población que supera los 126 millones de habitantes³, debe asumir con responsabilidad su papel de actor garante de este derecho fundamental y mantener la rectoría eficaz del sistema nacional de salud.

³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Censo Nacional de Población y Vivienda 2020. Consultable en:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf



Enrique Vargas del Villar
SENADOR DE LA REPÚBLICA

Así, en febrero de 2022, el Ejecutivo Federal anunció el comienzo de una serie de trabajos para transformar el primer modelo de servicios de salud implementado en su gobierno con el fin de centralizar los recursos y establecer un sistema de cobertura para las personas que no estuvieran afiliadas a algún modelo de seguridad social, el cual, a su vez, sustituyó los denominados programas IMSS-Oportunidades e IMSS-Prospera, instaurados en administraciones anteriores. La apuesta más reciente de la actual administración, con el objetivo de consolidar ese sistema centralizado de cobertura universal superando el primer modelo de régimen de seguridad social, fue “federalizar los sistemas de salud de los estados mediante el establecimiento del programa **IMSS-Bienestar**, es decir, a través de acuerdos de colaboración, los gobiernos de las entidades federativas han cedido su infraestructura física y humana en materia de salud al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para otorgar, a través de éste, servicios en la materia a la población que no cuenta con algún modelo de seguridad social”, por la razón que sea, conectándose con la publicación del Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto de 2022.⁴

Modelo que no ha cumplido con dichos objetivos el principal problema surge desde la naturaleza misma de la estrategia, es decir, al ser un programa sostenido en la suscripción de convenios, los cuales quedan bajo la autonomía de decisión de cada gobierno estatal, no puede considerarse de aplicación universal, por lo que los potenciales beneficios para los habitantes de cada estado dependerán de la decisión política de su gobernante, así, únicamente 23 entidades federativas han suscrito el convenio previsto en el artículo 77 de la Ley General de Salud, por lo que a las y los habitantes de nueve estados que no se encuentren afiliados a algún modelo de seguridad social, de facto, se les niega el derecho de acceso a los servicios de salud, lo cual resulta a todas luces inconstitucional y contrario al artículo segundo del Pacto Interamericano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual establece en su numeral segundo:

⁴ Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0



Enrique Vargas del Villar
SENADOR DE LA REPÚBLICA

*“Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas [...] especialmente económicas y técnicas, **hasta el máximo de los recursos** de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.”*

Y es que la presente iniciativa afirma que con la política actual de atención a la salud de grupos prioritarios se da un trato desigual de manera injustificada y desproporcionada precisamente desde el punto económico y técnico, particularmente desde el presupuestario, en razón del uso diferenciado que el Ejecutivo hace del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), el cual, hasta antes de la actual gestión, era utilizado con el fin específico de *“aportar recursos a las entidades federativas para que prestaran los servicios de salud a la población que no contara con empleo formal o no se encontrara incorporada en algún régimen de seguridad social”*⁵

Es a partir de la centralización de los recursos económicos que el Gobierno Federal ha obtenido el control mayoritario del monto total del FASSA, direccionando su programación y destino, también a las entidades federativas que forman parte del convenio con el IMSS-Bienestar, por lo que la cantidad total de los recursos del fondo no se destinan únicamente a entidades sin cobertura universal a personas no derechohabientes, situación que retira recursos a éste grupo poblacional en condiciones de vulnerabilidad y obstaculiza la correcta operatividad de los sistemas de salud de las entidades federativas.

Para ejemplificar lo anterior, el estado Veracruz es una de las entidades que más recursos reciben de dicho fondo, con un aproximado de 14,118.2 millones de pesos, mientras que Jalisco, entidad no adherida cuyos ingresos por el Fondo representan los más altos de este conjunto de estados, recibe alrededor de 6 mil millones de pesos, es decir, ni la mitad de lo que el primer estado referido.

⁵ Ramírez Coronel, Maribel: Presupuesto para salud, crecimiento simulado.
<https://www.economista.com.mx/opinion/Presupuesto-para-salud-crecimiento-simulado-20231023-0004.html>



Enrique Vargas del Villar
SENADOR DE LA REPÚBLICA

“Conforme a un análisis del PPEF-2024 hecho por el Instituto Farmacéutico (INEFAM), los recursos del FASSA subirán en casi 8% para el próximo año; de 125,564 millones de pesos a 123,589 millones de pesos. Pero de éstos, los que la Federación controlará serán poco más de 105,000 millones correspondientes a los 23 estados adheridos.”⁶

Se ha dicho que más de 53 millones de personas han sido beneficiadas con la creación del IMSS-Bienestar, sin embargo, según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), organismo encargado de la medición técnica y objetiva de la pobreza, el porcentaje de personas con carencia por acceso a los servicios de salud a nivel nacional pasó del 16.2% al 39.1% entre 2018 y 2022, es decir, en tan solo cuatro años de diferencia hubo un incremento de 20.1 millones a 50.4 millones de mexicanas y mexicanos que se vieron imposibilitados para acceder por sus propios medios a alguna institución de salubridad pública, llámese IMSS, ISSSTE, INSABI, IMSS-Bienestar, institutos nacionales, etc., para recibir los servicios de atención primaria o especializada de salud, mientras que dentro del mismo periodo el número de personas en situación de pobreza extrema pasó de 8.7 a 9.1 millones.⁷ Según el último Informe sobre la desigualdad global de las Naciones Unidas, la pandemia de COVID-19 ocasionó un marcado retroceso de la lucha contra la pobreza en el mundo. En 2020, el nivel mundial de extrema pobreza registró un incremento del 8,4% con respecto a 2019: fueron más de 70 millones las personas que cayeron en situación de pobreza extrema alrededor a nivel mundial.⁸

El primer dato anterior expone el hecho de que, a pesar de que año con año el Presupuesto de Egresos de la Federación muestre un incremento significativo en la asignación de recursos económicos para el IMSS, el Instituto Nacional de Servicios de Seguridad Social de Trabajadores del Estado (ISSSTE) o el recién creado IMSS-BIENESTAR (la Secretaría de Salud federal tuvo una reducción de aproximadamente 112 mil millones de pesos menos en 2024 que en 2023 mientras que el conjunto recibido por el sistema de salud supera los 980 mil millones de pesos),⁹ lo cierto es que también ha aumentado en millones el número

⁶ *Ídem.*

⁷ CONEVAL. *Óp. Cit.*

⁸ *Ídem.*

⁹ Presupuesto de Egresos de la Federación 2023 y 2024, publicados en el Diario Oficial de la Federación en noviembre de 2022 y 2023, respectivamente



Enrique Vargas del Villar
SENADOR DE LA REPÚBLICA

de personas que no tienen la capacidad - particularmente por razones estructurales - de acceder a los servicios de salubridad de carácter general, esto es, al menos 50 millones de personas no tienen acceso a recibir atención médica gratuita, medicamentos e insumos necesarios para atender sus problemas médicos, atención materno-infantil, programas de nutrición y prevención de la obesidad, salud visual, auditiva, bucodental y psicoemocional, una correcta planeación familiar, prevención enfermedades respiratorias, cardiovasculares, y de adicciones, la atención de enfermedades crónico degenerativas, cirugías y trasplantes, etc.

*“El problema es que esos aumentos presupuestales no se han notado en la prestación de servicios. Lo que más bien ha sido notorio en las instituciones públicas es la austeridad. Ahí está la carencia de medicamentos, material de curación, y otros insumos, así como los problemas de mantenimiento de los equipos y consecuentes descomposturas”.*¹⁰

Para ejemplificar la gravedad de lo anterior, recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que tres de las enfermedades transmisibles con mayores índices de letalidad en el mundo – paludismo, VIH/sida y tuberculosis – tienen un impacto negativo desproporcionado en perjuicio, principalmente, de las comunidades más pobres del mundo. Y ello no se debe a otra cosa, sino que a las desigualdades y brechas estructurales fomentadas, sí, por las políticas económicas del pasado pero también por las omisiones actuales en la correcta inversión de recursos públicos en las áreas de los derechos sociales como lo es la salud pública.¹¹

Y aquí es donde radica el problema fundamental que se plantea en esta iniciativa: La incorrecta e ineficaz distribución y reparto de los recursos económicos del gobierno federal para sectores públicos estratégicos tan importantes y delicados como lo es el Sistema Nacional de Salud, el cual presenta hoy el grave problema de no ser capaz de brindar una cobertura universal a la población en su totalidad, lo que pone en situación de riesgo a todas aquellas personas que no se

¹⁰ Ramírez, Óp. Cit.

¹¹ Organización Mundial de la Salud, Derechos Humanos. Diciembre 2023.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=El%20derecho%20a%20la%20salud%20incluye%20cuatro%20elementos%20esencial es%20y,la%20aceptabilidad%20y%20la%20calidad>



Enrique Vargas del Villar
SENADOR DE LA REPÚBLICA

encuentran afiliadas a algún tipo de sistema de seguridad social o cobertura de salud privada y que, al mismo tiempo, sean habitantes de las 9 entidades federativas cuyos gobiernos no han realizado el convenio de acuerdo con el recién creado modelo IMSS-Bienestar.

Esta situación *de facto* provoca lo que la doctrina jurídica ha denominado como “**discriminación indirecta**”, la cual se traduce como la situación en que una determinada disposición, política, estrategia o norma aparentemente neutra, en los hechos ocasiona una desventaja particular a un grupo de la población en situación de vulnerabilidad, tal como lo son las más de 50 millones de personas mexicanas sin acceso a servicios de salud por motivos meramente estructurales como carecer de empleos constituidos bajo el régimen formal - en marzo de 2024, 40 millones de personas no fueron económicamente productivas, de la población ocupada al menos 32.5 millones trabajaron en la informalidad laboral, al tiempo que 13 millones trabajaron de manera independiente y 2 millones lo hizo en entornos familiares - lo cual resulta a todas luces inconstitucional por ser contrario al principio de igualdad y no discriminación. Precisamente la omisión de los Poderes Ejecutivo y Legislativo de la Federación constituye el hecho generador de esta discriminación indirecta que pone en peligro la integridad de la salud y de la vida misma de millones de personas.¹²

A raíz de la reforma constitucional en materia de derechos humanos publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011, México adquirió formalmente y frente a instancias internacionales la estructura de una auténtica democracia constitucional contemporánea, es decir, nuestro país, además de mantener la figura de una democracia republicana, federal y representativa, a la par y en virtud de dicha reforma, ha puesto al centro y como fundamento de toda actuación pública a la dignidad e integridad de las personas en estrecha relación con el respeto y protección de sus derechos humanos, entre ellos, por supuesto, el derecho a la salud.

Tal como indica la Organización Mundial de la Salud, los derechos humanos deben ser el criterio que guíe las decisiones de inversión para reducir los riesgos de crisis. Los derechos deben ser la piedra angular de toda labor de prevención y

¹² Red-DESC. Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.
https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12#_edn23



Enrique Vargas del Villar

SENADOR DE LA REPÚBLICA

resolución de conflictos y de respuesta a ellos. Las sociedades erigidas en torno a los derechos humanos tienen más probabilidades de mantener relaciones pacíficas y de evitar la escalada de los conflictos. En este sentido, la evolución histórica y normativa ha motivado que la concepción de los derechos humanos visibilice un cambio inminente en el actuar del Estado, a fin de que ya no quede al arbitrio político del gobierno en turno el cumplimiento o no de determinadas obligaciones de carácter público y social que involucren derechos humanos de las y los gobernados. La conquista de los derechos humanos y de sus garantías, como el consagrado en nuestro artículo cuarto constitucional, ha sido producto de diversos procesos de las luchas sociales y, sobre todo, exigencias de las necesidades humanas como, simplemente, sobrevivir.

Como se ha manifestado, doctrinalmente este derecho forma parte de la segunda generación de derechos humanos o de los denominados derechos económicos, sociales y culturales (los denominados DESC), mismos que son entendidos por la doctrina y por el ordenamiento como derechos sociales, siendo éstos aquellos derechos que le garantizan a la población el bienestar físico, mental y material de sus individuos, así como condiciones de vida dignas con independencia de su situación económica, social, geográfica o cultural, incluyendo derechos como el acceso a la salud, a la educación, a la vivienda, entre otros, es decir, el objetivo fundamental es satisfacer las necesidades, mejorar la calidad de la prestación de servicios de salubridad general y procurar una mejora en las condiciones de vida de las personas¹³. Bajo esta perspectiva, el derecho a la salud, como derecho humano, posee diversos componentes que permiten entender su alcance, incluyendo 4 elementos esenciales e interdependientes: la **disponibilidad**, la **accesibilidad**, la **aceptabilidad** y la **calidad**.

El primero de ellos, referente a la **disponibilidad**, se refiere a la obligación del Estado de contar con el número suficiente de establecimientos, equipos, materiales y recursos humanos en la materia para brindar los servicios de salubridad general a la población en condiciones de igualdad y sin discriminación. El criterio de la disponibilidad puede ser utilizado como un parámetro de estudio, a raíz del análisis cuantitativo y cualitativo de la oferta y demanda en sus diferentes categorías tales como la edad, ubicación geográfica y situación socioeconómica de las personas usuarias, a efecto de realizar una evaluación posterior de las

¹³ PIDESC <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>



Enrique Vargas del Villar
SENADOR DE LA REPÚBLICA

acciones públicas encaminadas a la disponibilidad que detecte y corrija las deficiencias en su cobertura.¹⁴

En cuanto al segundo criterio, relativo a la **accesibilidad**, este requiere que los establecimientos, los bienes y los servicios de salud sean accesibles para todas y todos, en el entendido que dicho acceso debe de realizarse bajo el principio de no discriminación, que sea accesible físicamente (es decir, que se eliminen todas las barreras de ingreso), asequible y que la información relativa a ello llegue a todos los sectores.¹⁵

En referencia al tercer criterio, relativo a la **aceptabilidad**, se toma en consideración las diversas perceptibilidades de carácter cultural, social, económica, así como las sensibilidades sobre las cuestiones de género. Dicho criterio establece el requerimiento de que todos los establecimientos, los bienes y los programas de salud se centren en las personas y garanticen la respuesta a sus necesidades de los diversos grupos de la población, con base en las disposiciones legales y convencionales vigentes.¹⁶

Por último, por cuanto hace al criterio de **calidad**, comprende que todos los **servicios de salud** deben de ser **seguros, eficaces, oportunos, equitativos, integrales y eficientes** para la efectiva garantía del derecho a la protección a la salud [6].¹⁷

Expuesto lo anterior, se resalta la importancia de la protección al derecho humano a la salud; adicionalmente, es preciso apuntar que este derecho fundamental, base de muchos otros derechos y garantías individuales, no sólo forma parte del bloque de constitucionalidad o del parámetro de regularidad constitucional como una garantía en nuestro país, sino que su protección trasciende al régimen de protección convencional de los derechos humanos, revistiendo así la importancia de que la normatividad pública y privada tienen que estar en consonancia para ser válidamente considerado como un derecho vigente y de estricta aplicabilidad. En este tenor, dicho derecho se encuentra protegido por diversos tratados internacionales:

¹⁴ *idem.*

¹⁵ *idem.*

¹⁶ *idem.*

¹⁷ *idem.*



Enrique Vargas del Villar
SENADOR DE LA REPÚBLICA

En primer término, desde el ámbito universal, se protege por medio del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), el artículo 12, numerales 1 y 2, inciso b) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDESC), el artículo 5, inciso e), fracción IV de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, artículos 11, numeral 1, inciso f), 12 y 14, numeral 2, inciso b) de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, entre otros.

Adicionalmente, dentro de este ámbito, se agrega la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, relativa al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, publicado en el año 2000. En dicho documento, se plasman las obligaciones de los Estados Parte, en el entendido de que este derecho universal impone tres tipos o niveles de obligaciones: respetar, proteger y cumplir; mismo que se desprende de la siguiente manera¹⁸:

“A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud”.*

Por cuanto hace a las disposiciones relativas al ordenamiento nacional, el derecho humano a la salud y sus garantías se encuentran reconocidas en el artículo 4o. constitucional. En febrero de 2019, la Suprema Corte de Justicia de la Nación emitió la jurisprudencia 1a./J. 8/2019 (10a.) de rubro **“DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL”**, la cual establece que éste derecho humano tiene dos dimensiones básicas, a saber: a) dimensión individual y b) dimensión colectiva. Para la primera dimensión, el

¹⁸ Red-DESC. Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12#_edn23



Enrique Vargas del Villar
SENADOR DE LA REPÚBLICA

tribunal constitucional ha establecido que el Estado tiene el deber de prestar atención adecuada al estado de salud y bienestar de una persona, pues ello deriva en la protección de otro derecho fundamental, como lo es el derecho a la integridad físico-psicológica. Por su parte, la dimensión colectiva hace referencia a la obligación del Estado a establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud.

Es por todo lo anteriormente expuesto y fundado que la presente iniciativa propone reformar el artículo 29 de la Ley de Coordinación Fiscal, el cual fue reformado en enero del año 2024, toda vez que su redacción actual ha facultado al Ejecutivo Federal, a través de las dependencias del ramo económico y presupuestario, a hacer un reparto desproporcional e inequitativo entre las treinta y dos entidades federativas que componen el territorio nacional, ya que, como se ha demostrado, la asignación de recursos responde a las correspondencias políticas entre los gobiernos estatales y el gobierno federal, lo que ha generado que el reparto de los recursos económicos destinados a cubrir los servicios de salud de las poblaciones en situación de vulnerabilidad no sea suficiente para éstas, dependiendo su entidad de residencia. Consideramos pertinente dotar de certeza jurídica a más de 50 millones de hombres y mujeres - esto sin contar a menores de edad - que no tienen acceso a servicios de salud por no estar afiliados a alguno de los regímenes de seguridad social previstos por las leyes, principalmente por obstáculos de índole estructural como la carencia de un empleo formal que respete sus derechos laborales, esto por medio de una redacción en el artículo referido que garantice la disponibilidad, asignación equitativa y proporcional a cada estado sin convenio con el IMSS-Bienestar en función de las necesidades específicas de la población de sus territorios.

Sin demérito que ha quedado plenamente expuesto el objeto de la presente iniciativa, se reproduce un cuadro comparativo para clarificar sus alcances.

LEY DE COORDINACIÓN FISCAL	
TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
Artículo 29.- Con cargo a las	Artículo 29.- Con cargo a las



Enrique Vargas del Villar
SENADOR DE LA REPÚBLICA

aportaciones que del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud les correspondan a las entidades federativas que no suscriban el convenio previsto en el artículo 77 bis 16 A de la Ley General de Salud con Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), ejercerán las atribuciones que en términos de la Ley General de Salud les competan. Asimismo, dicho Fondo será aplicable para las entidades federativas que suscriban o hayan suscrito el referido convenio de coordinación, en términos de lo señalado en el último párrafo del artículo 25 de esta Ley.

aportaciones que del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud les correspondan a las entidades federativas que no suscriban el convenio previsto en el artículo 77 bis 16 A de la Ley General de Salud con Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), **la Federación, con base en los principios de política económica aplicables y a través del Presupuesto de Egresos de la Federación, tomando como fundamento los programas de política social contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo, deberá hacer entrega oportuna a dichas entidades, así como a los gobiernos municipales de las mismas, de los recursos públicos económicos, materiales y humanos que resulten necesarios y suficientes para garantizar la capacidad operativa de las autoridades de salud en cuanto a la atención médica y de salubridad general de las poblaciones de aquellas entidades, en observancia a lo previsto por la fracción II Bis del artículo tercero de la Ley General de Salud y el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**



Enrique Vargas del Villar
SENADOR DE LA REPÚBLICA

Con base en las razones expuestas, solicito se apruebe en sus términos, la siguiente iniciativa con proyecto de:

DECRETO

POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 29 DE LA LEY DE COORDINACIÓN FISCAL EN MATERIA DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD.

Artículo Único. Se reforma el artículo 29 la Ley de Coordinación Fiscal para quedar como sigue:

Artículo 29.- Con cargo a las aportaciones que del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud les correspondan a las entidades federativas que no suscriban el convenio previsto en el artículo 77 bis 16 A de la Ley General de Salud con Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), **la Federación, con base en los principios de política económica aplicables y a través del Presupuesto de Egresos de la Federación, tomando como fundamento los programas de política social contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo, deberá hacer entrega oportuna a dichas entidades, así como a los gobiernos municipales de las mismas, de los recursos públicos económicos, materiales y humanos que resulten necesarios y suficientes para garantizar la capacidad operativa de las autoridades de salud en cuanto a la atención médica y de salubridad general de las poblaciones de aquellas entidades, en observancia a lo previsto por la fracción II Bis del artículo tercero de la Ley General de Salud y el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. La Cámara de Diputados deberá prever, dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación correspondiente al Ejercicio siguiente del año en el que



Enrique Vargas del Villar
SENADOR DE LA REPÚBLICA

entre en vigor el presente Decreto, los recursos necesarios que se deberán entregar a las Entidades Federativas y los municipios, siendo que los mismos no podrán ser inferiores a los entregados en el año previo del Presupuesto en cuestión. .

SUSCRIBE

SENADOR ENRIQUE VARGAS DEL VILLAR