

ENSAYO

# CONSOLIDACION DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD\*

---

ROBERTO ORTEGA-LOMELÍN, LIC. EN DER., M. A. P. (1)

---

Ortega-Lomelín R.  
Consolidación del proceso de descentralización  
en los servicios de salud.  
Salud Publica Mex 1988; 30: 729-736

Ortega-Lomelín R.  
Consolidation of the decentralization process in  
health services.  
Salud Publica Mex 1988; 30: 729-736

## RESUMEN:

*En este trabajo se presentan algunas reflexiones sobre el proceso de descentralización de los servicios de salud en México. El autor hace énfasis en las condiciones en las que se desarrolló dicho proceso, en las características básicas del modelo de desconcentración, en sus fases de instrumentación y en los obstáculos a los que se ha enfrentado. El artículo concluye con la reseña de algunos de sus logros.*

*Palabras clave:* servicios de salud, descentralización, México

## ABSTRACT:

*This paper presents several thoughts on the process of decentralization of health services in Mexico. The author reviews the conditions in which the process took place, the basic characteristics of the chosen decentralization model, its instrumentation stages and the main obstacles it has confronted. Some of its accomplished goals are also discussed.*

*Key words:* health services, decentralization, Mexico

Solicitud de sobretiros: Lic. Roberto Ortega Lomelín, Lieja 7-P.B., 06100, México, D.F.

---

\*Trabajo presentado en el congreso "El cambio estructural. Desafío ante la consolidación del Sistema Nacional de Salud", Taxco, Guerrero, noviembre, 1987.

(1) Oficial Mayor de la Secretaría de Salud, México.

**H**ablar acerca del fortalecimiento de los sistemas administrativos para la descentralización de los servicios de salud a población abierta implica hacer algunas reflexiones en torno a las condiciones en las cuales se ha dado el proceso de descentralización, y hacer referencia a las características básicas del modelo y a sus fases de instrumentación, así como a los principales obstáculos y dilemas o disyuntivas que se han tenido que afrontar.

Todo lo anterior se hace necesario para aquilatar adecuadamente el proceso de descentralización, evaluar sus avances y marcar el perfil de su desarrollo y consolidación. Es en este contexto en el que se enfocará el fortalecimiento de los sistemas administrativos, que así se constituyen en instrumentos de apoyo y no en un fin en sí mismos.

En primer lugar pueden distinguirse tres grandes factores condicionantes a los que se enfrentó el diseño del proceso y la voluntad política que lo instrumentó. Cabe aclarar que no todos ellos se han superado en la actualidad. Estos factores, que siempre deben estar presentes en las evaluaciones y en las perspectivas del proceso, son los siguientes:

1. los rezagos estructurales;
2. las inercias técnico-administrativas y
3. los impactos de la crisis económica.

Entre los factores denominados de *rezago estructural* destacan los siguientes:

- La ausencia de una entidad rectora en materia sanitaria que imprimiera orden, compatibilizara prioridades y racionalizara la asignación y utilización de recursos.

- La proliferación y desarticulación de instituciones que prestan servicios de salud con regímenes jurídicos, operativos y financieros diferentes.

- Agudas desigualdades institucionales, regionales y entre la población.

- Un complejo perfil demográfico caracterizado territorialmente por el doble fenómeno de una grave concentración (casi el 40 por ciento de la población se ubica en tres zonas metropolitanas) y una alta dispersión de la población en donde 19 millones de habitantes, esto es, el 23 por ciento de la población total, se localiza en

118 000 localidades menores de 1 000 habitantes.

- Una estructura etérea que ha traducido, ahora, los altos índices de crecimiento del pasado en demandas crecientes de todo tipo.

- Un doble perfil epidemiológico en donde la patología de la pobreza acompaña a la patología del desarrollo.

- Un énfasis desmedido en los servicios de hospitalización y limitado desarrollo de los servicios de atención primaria y de los programas de salud pública.

- Una desvinculación de la formación de recursos humanos y de la investigación con las necesidades reales de los servicios de salud.

- Una creciente federalización de la materia sanitaria y de los recursos de los servicios coordinados en los Estados, acompañada de una muy engorrosa y prolífica legislación.

- La existencia de una industria químico-farmacéutica protegida y altamente dependiente de materias primas y de capital externo, así como un precario desarrollo de la industria de equipo médico.

A estos aspectos de orden estructural se suman los factores considerados como *inercias técnico-administrativas*, dentro de las cuales sobresalen las siguientes:

- Una carencia de mecanismos efectivos de planeación y programación de los servicios que origina duplicidades y subutiliza capacidades, y da lugar a una distribución inadecuada e inequitativa de recursos.

- Diferentes modelos de administración y esquemas de atención que generan heterogeneidad en los criterios de construcción, equipamiento, adquisición de insumos médicos y distribución de recursos humanos.

- Ausencia de criterios e indicadores uniformes y homogéneos para regular y evaluar la efectividad de las acciones de salud y compatibilizar información que apoye la toma de decisiones.

- En el caso de la autoridad sanitaria, la existencia de una estructura de organización por problemas de atención y no por programas, altamente verticalizada y que fue desvirtuando crecientemente su función originaria de gobierno y normativa.

•Una creciente desatención del nivel estatal de gobierno hacia los servicios coordinados, lo que se tradujo en decrecientes participaciones financieras y en una mínima aplicación de la legislación local.

A los dos factores anteriores debemos incorporar los generados por la *crisis económica* que enfrentó y enfrenta el país, entre los que destacan:

•La reducción del nivel de ingreso *per cápita*, que ha provocado una mayor demanda de los servicios institucionales de salud.

•En el caso de los servicios a población abierta, un incremento en la solicitud de servicios debido a la reducción de la dinámica de generación de empleos y al incremento del desempleo.

•Desde el punto de vista de la oferta de los servicios, una reducción real del monto de cotizaciones para la seguridad social y restricciones en las asignaciones fiscales para los servicios a población abierta, lo que ha provocado una carga adicional, que se ha acompañado de costos crecientes de operación y disminución de disponibilidad financiera.

•A todo lo anterior se agrega el hecho de que, en el caso de la Secretaría de Salud (SSA), al inicio de la presente administración se encontraban obras en proceso, particularmente hospitalarias, suspendidas algunas de ellas por varios años, así como equipo adquirido y almacenado, en ocasiones en franco deterioro, además de una infraestructura con bajísimos niveles de mantenimiento.

•Un impacto expansivo de la crisis en nuestro país debido a que, a diferencia de otras naciones, incluso de la región, se conjugan dos elementos: la inexistencia de un seguro de desempleo y la presencia de un alto crecimiento demográfico.

La conjunción y complejidad de los factores citados requerían de un programa integral que incluyera tanto estrategias de carácter sustantivo, como tesis o fórmulas administrativas que hicieran viable su instrumentación y dieran cauce y armonía a su desarrollo. Dicho programa debería además, recoger e instrumentar las estrategias y políticas delineadas en el Programa Nacional de Salud, respecto a la descentralización de los servicios, y en el Plan Nacional de

Desarrollo, en cuanto a la descentralización de la vida nacional.

De la importancia del proceso descentralizador nunca se han tenido dudas; en México, el Titular del Ejecutivo Federal ha hecho de la descentralización de la vida nacional una tesis rectora de gobierno, para así vigorizar el Pacto Federal y apoyar un desarrollo más igualitario en términos regionales. Sin embargo, en el caso de la salud, la oportunidad y conveniencia de descentralizar los servicios para revertir un proceso histórico concentrador, fortalecer la relación federación y estados, así como unificar sistemas y recursos dispersos, entraba en contraposición con criterios políticos, técnicos y administrativos que consideraban que en tiempo de crisis resulta arriesgado ejecutar un proyecto de esta envergadura, ya que podría deteriorarse la prestación de los servicios y el prestigio del régimen.

Para sortear posibles dilemas como el enunciado y garantizar la adecuada instrumentación del proceso descentralizador, a la luz tanto del rezago y las inercias en la prestación de los servicios, como de la crisis misma, se analizaron las disyuntivas que presentaban distintas opciones de integración y operación de los servicios de salud para la atención a población abierta, como eran:

•Usar recursos escasos para programas prioritarios que mitigan los rezagos o bien preferenciar el costo de la descentralización;

•Modernizar primero a la SSA y después descentralizar los servicios;

•Integrar los servicios de población abierta en una misma autoridad federal y posteriormente descentralizarlos;

•Mejorar y homogeneizar primero los servicios y posteriormente descentralizarlos, o bien incluir el mejoramiento en el proceso mismo de descentralización.

Una vez ponderadas las diversas alternativas, y ante la prioridad que el Ejecutivo Federal ha dispensado a la descentralización, se optó por los siguientes criterios políticos rectores del proceso: a) la descentralización no es un ejercicio burocrático que pueda medirse sólo en función del traspaso de recursos y mucho menos como un nuevo reparto de atribuciones legales; se trata en

realidad de descentralizar para abatir las penosas disparidades regionales y entre grupos sociales que se aprecian en el país; b) se descentraliza para que los tres niveles de gobierno compartan, de manera más equilibrada, las responsabilidades; c) se descentraliza para lograr una mayor eficiencia en organizaciones de una magnitud tal que permitan la operación más viable y eficaz; d) se descentraliza para integrar orgánicamente los sistemas federales que atienden a la población no protegida por la seguridad social, y, e) en sentido estricto, para ubicar la responsabilidad de la conducción operativa de esos servicios en los gobiernos de los estados.

Para prevenir y evitar deterioros se decidió, asimismo, que la instrumentación del proceso se diera en dos etapas: la primera denominada de *coordinación programática* y la segunda terminal con la cabal *descentralización e integración orgánica de los servicios*. Además, se deberían concertar los apoyos federales y estatales dentro de un marco unitario de acción.

Cabe recordar que para la etapa de coordinación programática se precisaron productos concretos a obtener, orientados al logro de los siguientes propósitos básicos: fortalecer la operación desconcentrada de los servicios coordinados de salud pública; aproximar los sistemas de la SSA y del Instituto Mexicano del Seguro Social-Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (IMSS-COPLAMAR) bajo la coordinación del ejecutivo estatal; integrar un programa estatal que incluyera escenarios de gasto, uso de capacidades y redistribución de recursos; y, establecer los instrumentos jurídicos y las estructuras administrativas que permitieran a los estados asumir la operación cabal de los servicios, extinguiéndose en esta etapa terminal las agencias federales.

Superar las inercias y obstáculos propios de toda transformación orgánica y operativa, reducir los riesgos de simplificación del proceso a un mero formalismo político, que no responda a sus propósitos originales, o por el contrario que dé lugar a expectativas irreales en cuanto a los tiempos y factibilidades económicas y técnicas, exigió la conformación de una plataforma jurídica y un diseño administrativo que garantizara la viabilidad y oportunidad en la instrumentación del

proceso. Este diseño combinó una buena dosis de imaginación y pragmatismo. Sus líneas estratégicas de acción han sido las siguientes:

- modernización y reparto de atribuciones legales en materia de salud a partir de una reforma constitucional;

- modernización administrativa de la SSA para reivindicar y consolidar el carácter concurrente en materia sanitaria y para que asuma la autoridad sanitaria y desempeñe plenamente su función como coordinadora del Sistema Nacional de Salud;

- generar un proceso gradual, flexible y modular, que tome en cuenta las peculiaridades socio-económicas y administrativas de cada entidad federativa para que los Servicios Estatales de Salud (SESA) adopten casuísticamente la forma jurídico-administrativa que más convenga;

- desregularizar en el proceso las actividades técnico-administrativas cuya realización o prestación deban corresponder a la instancia estatal y no a la federal;

- asegurar a los estados descentralizados una dinámica presupuestal adecuada para evitar deterioros y extender la cobertura, y promover que los propios estados incrementen sus aportaciones financieras;

- poner a disposición en uso gratuito de los gobiernos estatales los bienes muebles e inmuebles de las dependencias federales que se integran;

- garantizar un respeto irrestricto a los derechos de los trabajadores conservando éstos su calidad de empleados federales y consecuentemente su afiliación al sindicato de la SSA, asumiendo los gobiernos estatales el ejercicio de las facultades que implica la titularidad de la relación laboral para resolver los conflictos de carácter individual.

En el cumplimiento de estas líneas estratégicas de acción, el diseño e instrumentación de los denominados Convenios de Apoyos Logísticos —a través de los cuales se concertan las acciones de apoyo administrativo entre la SSA, el IMSS y los gobiernos de los estados— jugaron un papel central, sobre todo en la adecuada operación de los SESA. Estos instrumentos abarcan los aspectos financieros, patrimoniales, de organización administrativa, de enseñanza y capacitación, de administración de personal, abastecimiento, con-

servación y mantenimiento, sistemas de información y cómputo, y la realización permanente de tareas de asesoría, capacitación y evaluación. Estos convenios, además, van acompañados de la normativa y procedimientos específicos en estas materias integrados en manuales administrativos.

Definidos los criterios rectores, las líneas estratégicas de acción y los instrumentos administrativos que imprimen direccionalidad al proceso de descentralización, a continuación se presentan los avances más relevantes de fortalecimiento administrativo de los SESA.

#### RECURSOS FINANCIEROS

- Se instrumentaron acuerdos de cofinanciamiento y de coordinación especial en los que se establecen compromisos financieros entre los gobiernos federal y estatal, y se definen proyectos, metas, fuentes y destino de los recursos.

- Se otorgó apoyo financiero prioritario y dinámico a estados descentralizados ante el riesgo y responsabilidad que éstos adquieren con la descentralización, lo que se ha logrado a partir de apoyos extraordinarios y de la liberación de recursos del nivel central producto de la compactación de estructuras y desconcentración de personal, entre otros esquemas de racionalización.

- Se obtuvo un tratamiento flexible en la radiación y ejercicio del presupuesto autorizado a los SESA, a través del esquema de subsidios y de una nueva concepción en el manejo de cuotas de recuperación, que ahora se consideran ingresos estatales.

#### RECURSOS HUMANOS

- Se efectuó la homologación salarial y funcional del personal médico y paramédico protegido por el apartado "B" del artículo 123 constitucional, lo que permitió atemperar el impacto inflacionario y en algunos casos mantener el poder adquisitivo de estos trabajadores:

- la percepción mensual de las enfermeras generales y especialistas que equivalía a 1.4 veces el salario mínimo de enero de 1983 se incrementó a dos veces en octubre de 1987;

- las remuneraciones de los médicos generales y especialistas que equivalían a 1.5 salarios mínimos, en la actualidad representan 3.2 y 3.4 veces dicho salario, respectivamente.

- Se suscribieron las Condiciones Generales de Trabajo en donde se contemplan las características laborales del proceso; en las nuevas condiciones y en el conjunto de reglamentos que entraron en vigor a partir del 1o. de diciembre del año en curso, se refuerzan los aspectos de productividad, se vigorizan los sistemas para controlar y estimular la asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo, y se prevé la intensificación de los esquemas de capacitación y su vinculación con el proceso de escalafón.

- Se descentralizó a los SESA, las funciones de pago del personal, así como el control presupuestal del capítulo de servicios personales, para cuyos efectos se les dotó de los equipos de cómputo correspondientes.

#### ABASTECIMIENTO

- Se optimizó el uso de insumos estratégicos y equipo, vía la implantación de cuadros básicos de medicamentos, materiales de curación y equipamiento, y con la integración de comités de compra.

- En el lapso de dos años, se incrementó en un 84 por ciento la capacidad de almacenamiento de los SESA.

- A todos los SESA se les incorporó como licitantes directos en los concursos consolidados, con las consecuentes economías de escala derivadas de una mejor programación y de sistemas descentralizados de entrega y pago del producto.

- A los SESA se les dotó con unidades móviles polivalentes que además de realizar tareas de distribución de insumos, apoyan de manera importante la ejecución de acciones de conservación y mantenimiento de las unidades de salud.

#### OBRA PUBLICA, CONSERVACION Y MANTENIMIENTO

- Con las obras terminadas y las previstas en el Programa México-BID que se encuentran en proceso y se concluirán el próximo año, se habrán incorporado 353 unidades de primer nivel y

2 074 camas hospitalarias, con lo que se ampliará en 14 por ciento la infraestructura de primer nivel y en 16 por ciento la capacidad hospitalaria en los estados descentralizados.

- Se rehabilitaron 241 unidades de primer nivel y 18 hospitales de segundo nivel.

- Se concertaron convenios especiales para la construcción de hospitales con la concurrencia de la SSA y el IMSS y con el aporte financiero de los gobiernos federal y estatal.

- Se diseñaron, construyeron y equiparon almacenes regionales y talleres de conservación y mantenimiento que operan en las unidades hospitalarias, además de que se instrumentaron programas en esta última área con el apoyo técnico del IMSS.

#### ORGANIZACION, CAPACITACION, SISTEMAS Y PROCEDIMIENTOS

- Se dotó de una estructura orgánica fortalecida a los SESEA y sus unidades hospitalarias.

- Se diseñaron cinco modelos de organización para el nivel jurisdiccional, atendiendo a sus particularidades demográficas, epidemiológicas y de infraestructura de salud existente.

- Se elaboraron normas y procedimientos relacionados con la enseñanza de pregrado, posgrado y servicio social, así como las correspondientes a la educación continua.

- Se logró el reconocimiento universitario descentralizado de los programas académicos de las residencias médicas que se efectúan en instituciones de salud a población abierta.

- Se desarrolló un amplio programa de capacitación, en el marco del Programa de Superación Profesional y Técnica de la SSA, acciones que se verán fortalecidas con la creación del sistema de capacitación y desarrollo del Sector Salud, que deberá extenderse y replicarse en los SESEA.

- Se integraron y divulgaron manuales y sistemas administrativos que norman y orientan las funciones de planeación y administración de los SESEA.

Como se puede constatar en este breve repaso, la descentralización ha implicado esfuerzos financieros y administrativos extraordinarios y el diseño imaginativo de fórmulas para prevenir problemas que en su inicio se consideraban limi-

tantes severos del proceso e incluso obstáculos insalvables. El fortalecimiento administrativo arroja en algunos estados resultados positivos que se reflejan en la operación misma de los servicios. No obstante, los esfuerzos deben redoblar-se para acreditar al proceso como una estrategia instrumental que se traduzca en más y mejores servicios para la población, y que responda en mayor medida a mejoras en la productividad y no a mayores recursos financieros, los que serán escasos dadas las expectativas económicas del próximo año y la política de consolidar acciones y proyectos en proceso.

Este marco de escasez de recursos y el término en un año de esta administración federal obligan a profundizar en el análisis de las experiencias y resultados obtenidos en el proceso, a fin de avocarnos a un proceso intensivo de consolidación y para ponderar las perspectivas en cuanto a la extensión de la descentralización a otras entidades federativas.

La consolidación debe tomar en cuenta los diversos estadios de desarrollo del proceso en cada estado. Mientras algunos estados aportan el 40 por ciento del gasto de operación, otros lo hacen con sólo el 5 por ciento; algunos han establecido esquemas uniformes para el tratamiento de cuotas de recuperación, mientras otros mantienen aún diferencias entre las unidades provenientes de la SSA y el IMSS-COPLAMAR; se observan también desigualdades marcadas en la capacidad administrativa y de ejercicio de los recursos; persisten en algunos, desequilibrios agudos regionales en la distribución de los recursos humanos y desbalances en su composición; y son diferentes los grados de delegación de facultades a las jurisdicciones y descentralización a los municipios. Además, se deben diferenciar con precisión los rezagos estructurales, las inercias técnico-administrativas y el impacto de la crisis, con magnitudes diferentes por estado, región y sectores de la población. Todo lo anterior deberá ser considerado en la evaluación del proceso de descentralización.

De igual manera es necesario precisar lo que se debe entender por "consolidación de la descentralización". Al igual que en la fase de coordinación programática y en los trabajos preparatorios para la integración orgánica, en donde se señalan productos concretos, resulta indispensable la de-

finición precisa de acciones y productos que se constituyan en indicadores de la etapa de consolidación. Entre otros, se pueden tomar en consideración los siguientes:

- Revisión y en su caso, estructuración del marco jurídico municipal, para que se delimiten y fortalezcan las atribuciones de este nivel de gobierno en materia de salud.

- Formulación de programas regionales y municipales de salud y operación efectiva de los subcomités de salud en esas circunscripciones territoriales.

- Integración y operación creciente de comités de salud en todas las localidades y municipios.

- Existencia y funcionamiento de patronatos en todos los hospitales.

- Cabal instrumentación del modelo de atención a nivel estatal, jurisdiccional y local.

- Efectiva delegación funcional y estructuración administrativa de las jurisdicciones sanitarias, y descentralización del nivel estatal al municipal.

- Obtención de niveles de productividad acordes a la disponibilidad de recursos y al panorama epidemiológico.

- Vinculación explícita programática y presupuestal de las acciones de salud con los demás programas estatales de infraestructura básica y bienestar social.

- Suscripción de convenios de apoyo logístico en el nivel local, con dependencias estatales y federales vinculadas con la salud y el bienestar social.

- Celebración de acuerdos de coordinación estados-municipios, considerando como contrapartida de estos últimos, las acciones que realizan en factores condicionantes de la salud, particularmente las relacionadas con el saneamiento básico y el medio ambiente.

- Concertación de compromisos programáticos y de productividad, así como de la participación federal y estatal en el financiamiento de los programas de salud, en el ámbito del Consejo Nacional de Salud, como condición previa a la autorización presupuestal. La aportación federal podría establecerse de acuerdo a los rezagos en materia de salud, y como respuesta a programas de productividad y al apoyo estatal para la realización de acciones prioritarias. La aportación estatal estaría en relación directa con la capacidad eco-

nómica del estado y en proporción a las aportaciones fiscales que recibe. Adicionalmente, sería recomendable gestionar el otorgamiento de un monto adicional en las participaciones fiscales para aquellos estados y municipios que se han incorporado al proceso de descentralización.

- Transferencia directa del presupuesto federal para la salud a los gobiernos de los estados a través del ramo de desarrollo regional, preservando la gestión financiera de la SSA. Dichos recursos financieros serían por tanto considerados en las correspondientes leyes de ingresos y en los presupuestos de los estados.

- Fortalecimiento de los programas y del proceso de descentralización en materia de fomento y regulación sanitaria.

- Ejercicio pleno de las facultades de autoridad tanto de la SSA como de los SESA en materia de atención médica, conforme al reglamento en vigor y a las normas técnicas respectivas.

Por lo que hace a la incorporación a corto plazo de otros estados al proceso de descentralización, se deberá ponderar el cumplimiento de los siguientes criterios:

- Que se cumpla cabalmente la etapa de coordinación programática asegurando condiciones básicas de capacidad técnico-administrativa y de conducción de los gobiernos de los estados.

- Que se cuente con disponibilidades financieras que no militen contra los recursos mínimos que demanda el proceso de consolidación en el que estaremos empeñados el próximo año.

- Que se examinen modalidades que propicien una mayor y efectiva participación en apoyos logísticos de todas las dependencias involucradas en el proceso.

- Que se concerten previamente las modalidades y porcentajes de participación financiera de la federación y estados para cubrir el costo de la operación de los servicios de salud y posibilitar su ampliación.

En un escenario de mayor horizonte, las perspectivas y el perfil del proceso de descentralización estarán estrechamente vinculadas a la profundización de los cambios estructurales que implica acceder a la cabal consolidación del Sistema Nacional de Salud. Los imperativos del de-

sarrollo y la conducción política del país apuntan a considerar la descentralización como un proceso irreversible y necesario. Sin embargo, sus modalidades y fórmulas deberán tomar en cuenta y compatibilizar tres propósitos esenciales: la consolidación de la autoridad sanitaria (SSA) como órgano superior normativo y de regulación, fortaleciendo sus funciones originarias de gobierno y derivando en consecuencia, su acción operativa a entidades paraestatales y al nivel de gobierno local; la extensión del concepto de solidaridad social en las instituciones de seguridad social a través de fórmulas financieras y operativas que permitan garantizar los derechos de los trabajadores y vigorizar los esquemas redistributivos en beneficio de toda la población; y, la optimización en el aprovechamiento y uso sectorial de la infraestructura, los recursos y la capacidad técnico-administrativa.

El deterioro de los niveles de bienestar y la erosión de la capacidad financiera de las instituciones de salud, hacen indispensable y urgente una mayor inyección de recursos y el diseño de sistemas más efectivos de financiamiento, pero este impulso adicional se debe acompañar, con la misma urgencia, de la intensificación radical de esquemas de racionalización y productividad, y la creciente participación de todos los agentes involucrados en la salud.

Todo lo anterior deberá tender a garantizar el acceso universal de la población a servicios básicos de salud con calidad mínima homogénea, esto es, prestación de servicios en función de las necesidades básicas de salud de la población y no de sus capacidades. Este es el contenido y sentido último del derecho a la protección de la salud. Lograrlo es nuestro reto.