

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS EN MATERIA DE SEGURO UNIVERSAL EN SALUD, A CARGO DE LAS DIPUTADAS Y DIPUTADOS INTEGRANTES DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE MOVIMIENTO CIUDADANO.

Quienes suscriben, diputadas y diputados del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano, con fundamento en los artículos 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en ejercicio de la facultad que confieren los artículos 6, numeral 1, fracción I, así como el 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, presentamos a consideración de esta honorable asamblea la siguiente iniciativa con proyecto de decreto que reforma la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Seguro Universal en Salud , conforme a la siguiente:

Exposición de motivos

La salud es definida como un estado de completo bienestar físico, mental, así como social, es decir, la salud no solamente es la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud no representa una mera aspiración, sino que implica un derecho fundamental consagrado en el derecho internacional sin distinción de raza, religión, ideologías, condición económica o social. Por esto, la salud tiene una importancia vital para todos los seres humanos, ya que una persona con mala salud no puede llevar una vida plena y en muchas ocasiones, ello implica la imposibilidad de ejercer muchos otros derechos.

La protección de la salud es reconocida como un derecho humano dentro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 25.1 que determina la salud como un componente en el que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”¹.

Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en su artículo 12 dispone que “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”², por lo que alcanzar el bienestar físico, mental y social es el ideal para todo ser humano. Es por ello que el Estado debe establecer los mecanismos para que las personas alcancen dicho nivel de satisfacción.

En nuestro país, desde el 3 de febrero de 1983, este derecho fundamental se consagra en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el cual se menciona que: “toda persona tiene derecho a la

¹ Organización de las Naciones Unidas. (10 de diciembre de 1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/spanish>

² Organización de las Naciones Unidas. (16 de diciembre de 1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”³. Pero, el acceso a las instituciones que brindan los servicios de salud está anclado en la condición laboral de los ciudadanos, misma que también define si se cuenta o no con seguridad social.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la seguridad social es “la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas o sociales que derivarían en una fuerte reducción o desaparición de sus ingresos”⁴. Dichas acciones, se traducen en servicios de salud, permisos por maternidad o paternidad, seguros por desempleo, accidentes, riesgos provocados por el trabajo o edad de retiro, apoyos para la adquisición de vivienda u otras prestaciones que complementan el salario.

Esta construcción institucional, ha provocado que el derecho a la protección de la salud -estipulado en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos- se divida en dos regímenes: el de la seguridad social, para las personas asalariadas formalmente; y el denominado abierto, brindado por la secretaría de salud federal y los sistemas estatales de salud, para las personas no asalariadas o comúnmente conocidas como informales. Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)⁵ solo el 48 % de la población mexicana cuenta con seguridad social. Es decir, cerca de 63 millones

³Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

⁴ Organización Internacional del Trabajo.s.f. “Hechos concretos sobre la seguridad social. OIT”. Recuperado de <https://cutt.ly/nnZWHD1>

⁵ Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social. 2021. Pobreza en México Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>

tienen asegurado el acceso a las instituciones de seguridad social y por ende a los servicios de salud que estas brindan.

Para la población restante, aproximadamente 67 millones de personas, el acceso a la atención médica debe ser provista por la Secretaría de Salud federal y los sistemas estatales de salud. Durante el periodo de 2004 a 2019, el financiamiento de dicha atención se otorgaba a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo brazo operativo era la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

El Seguro Popular, funcionaba como un sistema de financiamiento público (estatal y federal) que permitía una mayor equidad y transparencia ya que los montos asignados a los sistemas de salud estatales estaban definidos por el número de afiliados que tenía cada entidad federativa. Además, para atender enfermedades catastróficas (e.g. cáncer y otras enfermedades crónicas) se creó un fondo centralizado que financiaba el tratamiento de los pacientes independientemente de la entidad federativa de residencia. De acuerdo con el investigador Eduardo González⁶, el Seguro Popular fue creado para lograr tres objetivos primordiales: 1) brindar protección financiera a la población abierta mediante el aseguramiento público en materia de salud, 2) incentivar una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios, y 3) disminuir el número de familias que caen en pobreza anualmente, a consecuencia de afrontar gastos en salud.

⁶ González, Eduardo. 2006. Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos. México: SS-Fondo de Cultura Económica.

El diseño del Seguro Popular aseguraba el financiamiento de los servicios personales de salud, que se dividían en: 1) un conjunto esencial de intervenciones correspondientes al primer y segundo nivel (es decir atención ambulatoria brindada en los hospitales) y 2) un paquete que implicaba un alto costo de atención (tercer nivel), financiado por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Para atender todas las enfermedades incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que se atendían en el primer y segundo nivel, así como las enfermedades financiadas por el FPGC, los beneficiarios no absorbían ningún costo atajando así el llamado gasto de bolsillo y disminuyendo, por ende, el gasto catastrófico.

Esto, además de ofrecer protección financiera, era una forma de igualitarismo social ya que “mientras que el gobierno federal contribuía con recursos financieros para proteger la salud de las personas con seguridad social, a través de las contribuciones tripartitas, no lo hacía en el caso de aquellas que pertenecen a la población abierta”⁷.

En 2019 el Seguro Popular, de acuerdo con Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud⁸, tenía 51.9 millones de mexicanos afiliados. Es decir, el 77.4 % de la población sin seguridad social tenía cobertura para acceder a los servicios de salud. El CONEVAL⁹, realiza la medición de la carencia por acceso a

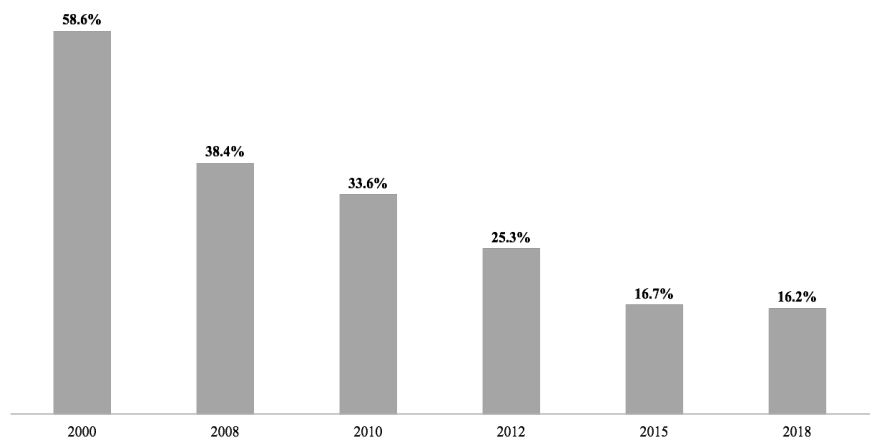
⁷ Flamand, Laura, y Carlos Moreno. 2014. Seguro Popular y federalismo en México: Un análisis de políticas públicas. México: CIDE.

⁸ Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2020. Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2019. México: CNSPSS.

⁹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social. 2021. Pobreza en México Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>

servicios de salud y en los resultados publicados por dicho organismo, como se observa en la gráfica 1, esa carencia se redujo en 42.4 puntos porcentuales de 2000 a 2018.

Gráfica SEQ Gráfica_ * ARABIC 1 Carencia por servicios de salud



Al respecto, es importante mencionar, que el efecto del SPSS en cuanto al acceso a servicios de salud era especialmente significativo en la población con menores ingresos debido a que los deciles con más bajo ingreso estaban mayormente afiliados al Seguro Popular¹⁰. Además, se garantizaba el acceso, sin desembolso en el momento de utilización, a las 294 intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y los 66 servicios de alto costo y complejidad financiados mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), por lo que representaba la única garantía de atención para la población sin seguridad social.

¹⁰ Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social. 2018. Resumen Ejecutivo del Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI. México: CONEVAL

Entre otras cosas, uno de los grandes logros del Seguro Popular es que aumentó de manera sostenida el gasto en salud: de 2004 a 2015 creció 75 %. Es por esto que , Julio Frenk y Octavio Gómez afirman que “el Sistema de Protección Social en Salud logró homologar la estructura financiera de las principales instituciones públicas de salud, rompiendo así, por primera vez, una de las mayores barreras corporativistas”¹¹. Ya que al movilizar recursos adicionales para la población no asalariada, se redujeron considerablemente las brechas de gasto y beneficios en salud entre las instituciones, contribuyendo así a la gradual superación de la segmentación del sistema de salud.

Cabe recordar que para costear el Seguro Popular, a la Federación le correspondía: a) la cuota social equivalente al 3.92 % del salario mínimo general diario para el Distrito Federal por cada individuo afiliado, y b) la aportación solidaria federal que debía representar al menos 1.5 veces el monto de la cuota social. Mientras que las entidades federativas, contribuían con la aportación solidaria estatal que equivalía a la mitad de la cuota social. Por lo que su financiamiento era concurrente entre los gobiernos estatales y el federal.

Del total de las aportaciones gubernamentales, el 8% se destinaban al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, dinero con el cual se logró financiar anualmente¹², entre otras enfermedades: 7 mil 500 casos de cáncer de mama, 2 mil

¹¹ Frenk y Gómez, 2021. “Salud es tiempo de corregir el mundo” en Nexos. México, 1º de septiembre de 2021. Recuperado de <https://www.nexos.com.mx/?p=60158>

¹² Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2020. Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2019 . México: CNSPSS.

tratamientos para cáncer infantil, 2 mil 500 de cáncer cervicouterino, 10 mil 500 cuidados intensivos neonatales, 500 casos de tumores testiculares y cerca de 900 casos de tumores de próstata. Además dicho fondo, en 2019 tenía más de 100 mil millones de pesos¹³ que aseguraban el tratamiento de las 66 enfermedades catalogadas como catastróficas durante los próximos 30 años.

En suma, con el Seguro Popular se tenía una política que aumentó la cobertura en un segmento de mexicanos que en ese momento no tenía ningún tipo de acceso a la salud, a través de un mecanismo de financiamiento que aseguró recursos en el tiempo. Esto no significa que era una política pública perfecta -como la mayoría de las intervenciones gubernamentales- no estaba exenta de áreas de mejora. Las principales, estaban relacionadas con:

- La calidad de los servicios debido a que se dio prioridad a la afiliación
- Los catálogos de intervenciones (en todos los niveles de atención) que acotaba la protección de la salud
- La heterogeneidad de los servicios médicos brindados en las entidades federativas
- El aumento de la demanda de los mismos no fue acompañada por un aumento en la capacidad de respuesta de los sistemas estatales de salud,
- Los tiempos de espera para recibir atención tanto en urgencias como en citas programadas con antelación

¹³ Plataforma Nacional de Transparencia. Monto total del patrimonio del Fondo de Salud para el Bienestar. Recuperado de <https://consultapublicamx.plataformadetransparencia.org.mx/vut-web/faces/view/consultaPublica.xhtml#obligaciones>

Pese a que las áreas de oportunidad del Seguro Popular estaban claramente identificados y eran principalmente la fiscalización de los recursos transferidos a las entidades federativas, el gobierno federal decidió eliminar esta política pública y optar por una nueva sin aprovechar los avances que se habían logrado hasta entonces. La desaparición del SPSS fue un tema que planteó el actual presidente de México, Andrés Manuel López Obrador (AMLO), durante su campaña electoral de 2018.

La propuesta fue mencionada por primera vez el 12 de junio de 2018, en el marco del tercer debate presidencial, en donde el entonces candidato de la coalición Juntos Haremos Historia -integrada por los partidos políticos: Movimiento de Regeneración Nacional (MORENA), Partido Encuentro Social (PES) y Partido del Trabajo (PT)- mencionó que “el Seguro Popular, no es seguro ni es popular; va a desaparecer. La gente que hoy lo tiene, va a tener un mejor servicio... Una caja de medicamento para diabetes que cuesta 15 pesos, el gobierno lo compra en 150 pesos más”¹⁴, señalando los sobrecostos de operación como el principal problema.

El 3 de julio de 2019, el presidente de México envió a la Cámara de Diputados una iniciativa para reformar diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud con el objetivo de desaparecer el Seguro Popular y, en su lugar, crear el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

¹⁴ Instituto Nacional Electoral TV. 2018. “Tercer Debate Presidencial #Elecciones2018”. Youtube, 12 de junio de 2018. <https://www.youtube.com/watch?v=Gy8t1AtWIuE>

En la exposición de motivos de dicha iniciativa, se mencionó que el SPSS “no garantiza el acceso universal y oportuno a los servicios de salud requeridos por la población que carece de seguridad social, porque funciona como un esquema de financiamiento tripartita. Lo cual provoca que tenga un paquete limitado de intervenciones quirúrgicas y medicamentos”¹⁵. Manifestando, en pocas palabras, que el esquema de financiamiento de dicha política no era el adecuado, además de criticar que la cobertura universal se enfocó en brindar aseguramiento y no acceso efectivo a los servicios de salud. Esta iniciativa fue aprobada por ambas cámaras y publicada por el Ejecutivo Federal en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019, terminando formalmente con el SPSS.

En dicho decreto, además de la creación del INSABI -cuyo inicio de operación fue fijado para el 1 de enero de 2020- se estableció a través del artículo décimo transitorio que “la institución fiduciaria del fideicomiso del SPSS transfiera al INSABI hasta 40 mil millones de pesos del patrimonio de dicho fideicomiso, para que estos recursos se destinen a los fines que en materia de salud determine el INSABI”¹⁶. Disminuyendo así, los bienes económicos previstos para la atención de enfermedades que ocasionan gastos catastróficos o la construcción de infraestructura hospitalaria.

¹⁵ Cámara de Diputados. 2019. “Presenta Mario Delgado iniciativa para desaparecer el Seguro Popular y, en su lugar, crear el Instituto de Salud para el Bienestar”. Notilegis, núm. 2498, 3 de julio de 2019. <https://cutt.ly/HcJfW5X>

¹⁶ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la LGS y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud , Diario Oficial de la Federación [DOF] 29-11- 2019 (Mex.).

La desaparición del Seguro Popular de manera abrupta y sin un proceso de transición claro, aunado a una confusa implementación del INSABI trajo consigo, dos hechos inmediatos. El primero de ellos, revelado en julio de 2023 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía¹⁷, en donde se muestra que el gasto promedio en el rubro de salud -conocido comúnmente como gasto de bolsillo- tuvo un aumento en términos reales de 31% con respecto a 2018. Al pasar de 901 pesos en 2018 a 1345 pesos en 2022, lo cual es un indicador claro de que las familias mexicanas tienen que ocupar una mayor parte de su ingreso en la atención médica al no encontrarla en la oferta pública del estado mexicano.

El segundo dato, aún más desolador, es el publicado por CONEVAL¹⁸ quien en su más reciente estudio sobre la pobreza en México demostró que de 2018 a 2020 más de 15.6 millones de personas se quedaron sin acceso a los servicios de salud. Como se mencionó anteriormente, en 2018 la carencia por acceso a servicios de salud estaba presente en 20.1 millones de mexicanos, para 2020 la cifra alcanzó a 35.7 millones de mexicanos.

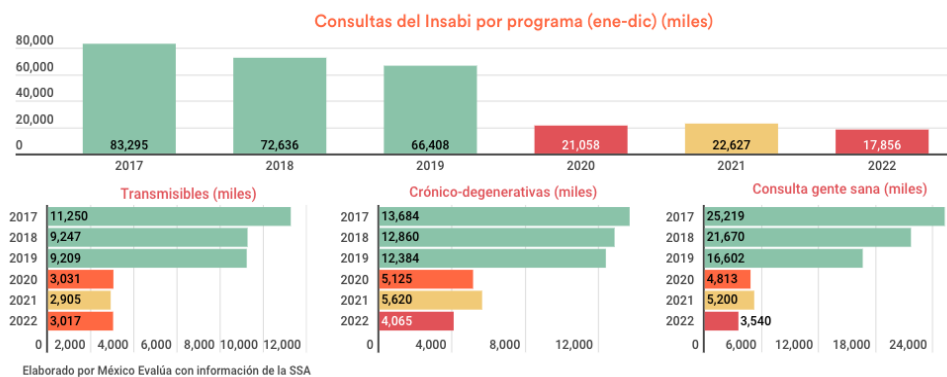
Si bien es cierto que la caída en las consultas de la población sin seguridad social ocurrió desde el sexenio pasado, también es cierto que esta se acentuó con la transición del Seguro Popular al INSABI. De acuerdo con un estudio del organismo

¹⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos en los Hogares 2022 (ENIGH)”. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2022/doc/enigh2022_ns_presentacion_resultados.pdf

¹⁸ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, “Medición multidimensional de la pobreza en México 2018 - 2020”. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2020.aspx

no gubernamental México Evalúa¹⁹, en 2020 se contabilizaron 21 millones de consultas, muy lejos de las 72.6 millones que se ofrecieron durante 2018. Sin embargo, la situación no mejoró tras la superación de la emergencia sanitaria, por el contrario, se deterioró más. Esto sugiere que las causas del problema no estuvieron determinadas por la pandemia, sino por asuntos relacionados con el diseño del INSABI.

Para 2022 el número de consultas del INSABI cerró en 17.8 millones, una caída de 21% (4.7 millones) frente a 2021 o de 75% (54.7 millones) en relación con 2018. Llama la atención el decremento en las consultas de especialidad: sólo 4 millones, 28% menos que en 2021 o 68% en comparación con 2018. Mientras que las consultas de prevención fueron las más afectadas ya que sólo se otorgaron 3.5 millones en 2022, una caída de 32% frente a 2021 y de 84 % vs 2018.

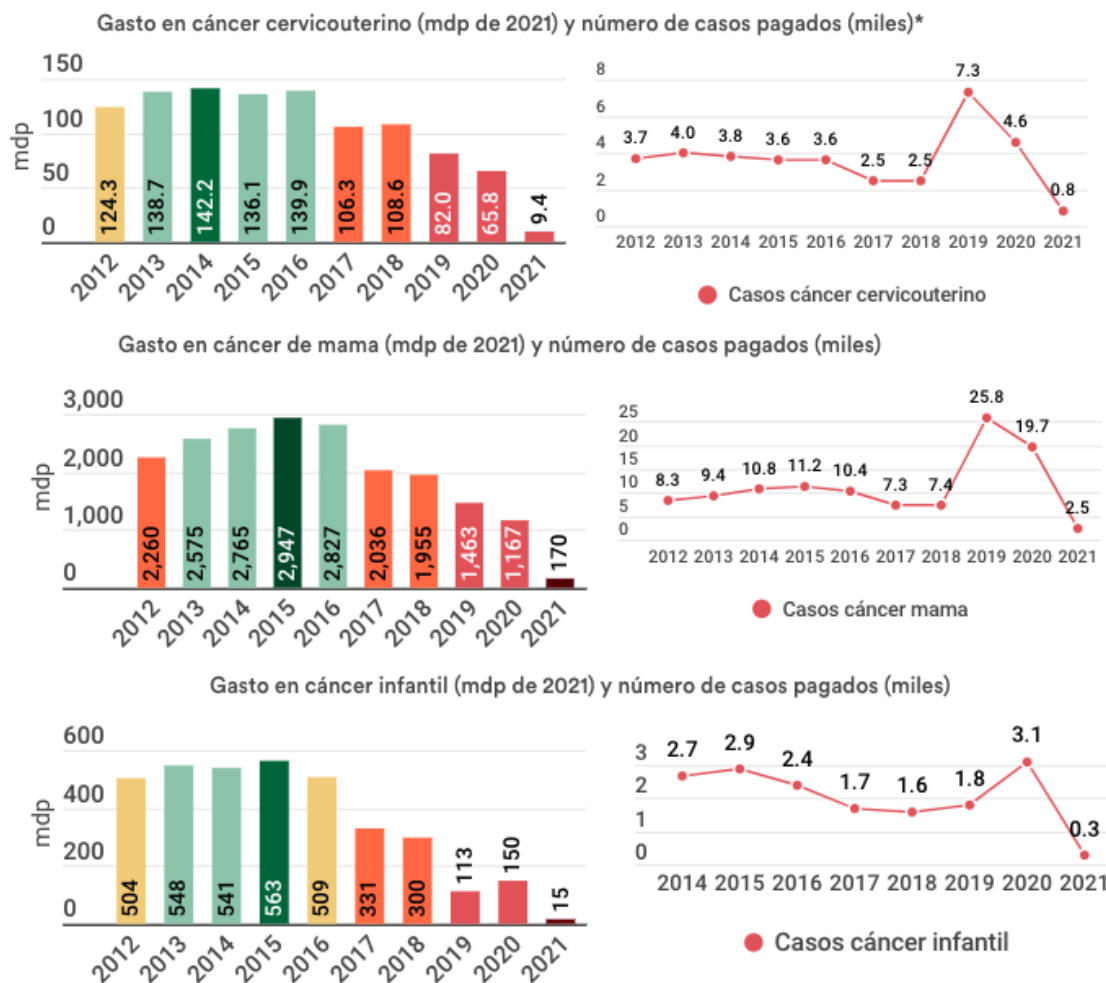


¹⁹ México Evalúa. 2023. El ocaso del INSABI. Recuperado de [https://www.mexicoevalua.org/el-ocaso-del-insabi/#:~:text=De%20enero%20a%20septiembre%20de,\)%2C%20como%20lo%20hemos%20detallado.](https://www.mexicoevalua.org/el-ocaso-del-insabi/#:~:text=De%20enero%20a%20septiembre%20de,)%2C%20como%20lo%20hemos%20detallado.)

Aunado a lo anterior, también se observó²⁰ que existe una caída en la atención médica y mayores desembolsos por parte de las familias para enfrentar enfermedades catastróficas a partir de 2020. Esto en gran medida porque con las reformas aprobadas en 2019, menos del 5% de los gastos del INSABI se han dedicado a la atención de enfermedades catastróficas, mientras que el 95% restante se utilizó en gasto corriente, o simplemente paso a la Tesorería de la Federación (TESOFOE), donde no existen métodos de fiscalización claros para verificar que ese dinero sea destinado a la salud como lo mandata la Ley General de Salud.

Así, tan solo durante 2021, los recursos destinados a cubrir enfermedades catastróficas (cánceres, VIH/sida, infartos, etc.) fueron de casi 3 mil millones de pesos, 57 % menos que el promedio del sexenio pasado (7 mil millones cada año). Las enfermedades más afectadas han sido el cáncer cervicouterino, el de mama y el infantil, cuyo financiamiento se desplomó en más de 90 % frente a 2018, y los casos pagados en más de 60 %.

²⁰Diego Badillo. 2023. Finado Insabi, una historia de retrocesos y simulaciones presupuestarias. El Economista. Recuperado de <https://www.economista.com.mx/politica/Finado-Insabi-una-historia-de-retrocesos-y-simulaciones-presupuestarias-20230507-0003.html>



Elaborado por México Evalúa con datos de la SSA. *En 2019 y 2020 se reportan gastos retroactivos de 2017 a 2019, lo que infló la cifras de atención y gasto de esos años. No se cuenta con la información de atención realmente ofrecida para esos años.

En este misma línea la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición²¹ 2022, mostró que el 48.8 % de la población mexicana atendió su salud en servicios privados (22.4% fue a un consultorio en domicilio del médico, 17.7% en un consultorio ubicado dentro de las instalaciones de una farmacia, 3.3% en consultorio de hospital, 1.6% en consultorio de torre médica, 1.1% en urgencias de hospital y 2.7% en otros).

²¹ Instituto Nacional de Salud Pública. 2023. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/index.php>

Al observar los datos desagregados por lugar de derechohabencia, existe una variación entre subsistemas alarmante. Por un lado, 3 de cada 10 afiliados al IMSS recibieron atención médica en servicios privados, mientras que en el ISSSTE esto ocurrió con el 40 % de los derechohabientes. Pero lo que más llama la atención es que 6 de cada 10 personas que no cuentan con seguridad social, y que debían ser atendidos por el INSABI, recibieron atención en un consultorio dentro del domicilio del médico o en uno de farmacia. Es decir, el sistema de salud público en México ha relegado, en mayor medida, a aquellos que no cuentan con un empleo formal y a tener que pagar para curar su salud.

Tras estos resultados, el 31 de agosto de 2022, el ejecutivo federal publicó un decreto²² para la creación del Organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar). La transformación de este programa en un organismo implicó la implementación de un esquema centralizado en el gobierno federal para financiar y operar la infraestructura médica existente en las entidades federativas a fin de brindar los servicios de salud en todos los niveles de atención. Tarea que, hasta entonces, correspondía al INSABI.

Dicha situación generó la primera confusión, ya que no se especificó cómo convivirán ambas instituciones. El decreto establece que el IMSS-Bienestar atenderá a las personas sin seguridad social a través de dos modelos: 1) atención

²² 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), Diario Oficial de la Federación [DOF] 31-08- 2022 (Mex.).

integral a la salud y 2) atención a la salud para el bienestar. El primero es la base que dio origen al programa y consiste en otorgar atención médica básica y acciones comunitarias de promoción de la salud. El segundo, cuyo principal objetivo es brindar, además de atención básica, cobertura a las enfermedades de alta especialidad como los cánceres más comunes, VIH Sida, insuficiencia renal, síndrome de Morquio y trasplante de algunos órganos. Incluso, dentro de dicho modelo se plantea elevar de 66 a 95 las intervenciones de alta especialidad cubiertas por el desaparecido Seguro Popular, mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Finalmente, el 29 de mayo de 2023 tras un proceso legislativo desordenado, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto para regular el Sistema de Salud para el Bienestar²³, para desaparecer formalmente al INSABI y transferir sus funciones al IMSS-Bienestar. Pese a estos cambios, el IMSS-Bienestar no contempla el diseño de un esquema de financiamiento que permita no solo ampliar las intervenciones, sino cubrir satisfactoriamente la demanda presente y futura de la cada vez más creciente población sin seguridad social. Además, la función de las entidades federativas adheridas se limitará únicamente a la identificación de las personas beneficiarias, la compilación del padrón y su entrega al IMSS-Bienestar cada dos meses, quien tomará las medidas que considere apropiadas.

²³ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar. Diario Oficial de la Federación [DOF] 23-05- 2023 (Mex.).

En esta línea, los estados no solo ven mermadas sus atribuciones legítimas, sino que se desaprovecha la valiosa experiencia acumulada durante casi cuarenta años en el ámbito de la salud. Esto podría llevar a un desentendimiento de las necesidades y demandas locales, ya que la federación centraliza las decisiones sin considerar los contextos estatales. Se asemeja peligrosamente a lo que sucedía en la segunda mitad del siglo pasado. Las recientes reformas en salud confirman un retorno a un modelo centralista que no solo se apropia de la infraestructura sanitaria de la mayoría de los estados, sino también de los recursos destinados a la atención de personas sin seguridad social.

Los retrocesos en salud se dan en un contexto en donde, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población²⁴, la población de entre 25 y 39 años ha incrementado en los últimos 30 años, y se espera que la tendencia continúe a la alza en las próximas tres décadas. Mientras que la población que más ha disminuido es la de recién nacidos, lo cual se relaciona con las decrecientes tasas de natalidad, para 2050 las proyecciones indican que continuará el decremento en este grupo poblacional.

Además, un dato importante es que la población mayor a 55 años mantiene una tendencia creciente, ya que en 1990 representaba el 8.5% del total de la población, en 2020 representó el 16.5% y para 2050 pasará a significar el 28.9% de la población total en México.

²⁴ Consejo Nacional de Población. s.f. “Indicadores demográficas de México 1950- 2050”. Recuperado de <https://cutt.ly/ScJh1ub>.

Lo anterior indica que aumentaran considerablemente los factores de riesgo relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles. Complementando esto, también se observa como la esperanza de vida ha aumentado, ya que mientras en el año 2000 esta era de 74 años, para 2040 se espera que sea de 79 años, de acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población²⁵.

En virtud de lo anterior, resulta necesario e indispensable construir un sistema de salud universal para todos y todas las mexicanas, independientemente de la condición laboral en la que se encuentren. Para lograrlo es crucial, por un lado establecer un mecanismo de financiamiento claro para costear la atención médica y por el otro crear las condiciones para mejorar y aumentar las capacidades de los servicios públicos de salud. Solo así se logrará que los mexicanos y mexicanas ejerzan plenamente el derecho a la protección de la salud, establecido en nuestra carta magna.

Por lo anteriormente expuesto, someto a su consideración la siguiente iniciativa con:

PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, EN MATERIA DE SEGURO UNIVERSAL EN SALUD

Único.- Se **reforma** el cuarto párrafo del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para quedar como sigue:

Artículo 4o.- - La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

²⁵Consejo Nacional de Población. s.f. “Indicadores demográficas de México 1950- 2050”. Recuperado de <https://cutt.ly/ScJh1ub>.

[...]

[...]

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá **el Seguro Universal en Salud**, con el fin de garantizar **el acceso a los servicios de salud** para la atención integral de las personas que no cuenten con seguridad social.

Transitorios

Primero. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. El H. Congreso de la Unión, en un plazo no mayor a sesenta días naturales a partir del día siguiente de la publicación del presente Decreto, deberá armonizar las leyes correspondientes.



Dip. Salomón Chertorivski Woldenberg

Movimiento Ciudadano



Dip Jorge Álvarez Máynez

Coordinador Movimiento Ciudadano

Palacio Legislativo de San Lázaro, a 13 de septiembre del 2023

Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, LXV Legislatura**Junta de Coordinación Política**

Diputados: Jorge Romero Herrera, presidente; Moisés Ignacio Mier Velasco, Morena; Rubén Ignacio Moreira Valdez, PRI; Carlos Alberto Puente Salas, PVEM; Alberto Anaya Gutiérrez, PT; Jorge Álvarez Máñez, MOVIMIENTO CIUDADANO; Luis Ángel Xariel Espinosa Cházaro, PRD.

Mesa Directiva

Diputados: Marcela Guerra Castillo, presidenta; vicepresidentas, Karla Yuritzi Almazán Burgos, MORENA; Joanna Alejandra Felipe Torres, PAN; Blanca María del Socorro Alcalá Ruiz, PRI; secretarios, Brenda Espinoza López, MORENA; Diana Estefania Gutiérrez Valtierra, PAN; Fuensanta Guadalupe Guerrero Esquivel, PRI; Nayeli Arlen Fernández Cruz, PVEM; Pedro Vázquez González, PT; Jessica María Guadalupe Ortega de la Cruz, MOVIMIENTO CIUDADANO; Olga Luz Espinosa Morales, PRD.

Secretaría General**Secretaría de Servicios Parlamentarios****Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados**

Director: Juan Luis Concheiro Bórquez, **Edición:** Casimiro Femat Saldívar, Ricardo Águila Sánchez, Antonio Mariscal Pioquinto.

Apoyo Documental: Dirección General de Proceso Legislativo. **Domicilio:** Avenida Congreso de la Unión, número 66, edificio E, cuarto nivel, Palacio Legislativo de San Lázaro, colonia El Parque, CP 15969. Teléfono: 5036 0000, extensión 54046. **Dirección electrónica:** <http://gaceta.diputados.gob.mx/>