



**MELISSA ESTEFANIA VARGAS CAMACHO**  
**DIPUTADA FEDERAL**

**CON PUNTO DE ACUERDO, PARA EXHORTAR A LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO Y A LA SECRETARÍA DE SALUD, A DESTINAR RECURSOS Y ASEGURAR LA SUFICIENCIA PRESUPUESTARIA PARA QUE SIGAN FUNCIONANDO LOS CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD Y CENTROS REGIONALES DE SALUD DE TODO EL PAÍS, A CARGO DE LA DIPUTADA MELISSA ESTEFANÍA VARGAS CAMACHO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PRI**

La diputada Melissa Estefanía Vargas Camacho, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional en la LXV Legislatura, con fundamento en los artículos 6, numeral 1, fracción I, y 79, numeral 2, fracción II, y demás aplicables del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a consideración de esta honorable asamblea proposición con punto de acuerdo al tenor de la siguiente:

**Exposición de motivos**

México ha perfilado políticas de salud que muestran avance y continuidad en su formulación y ejecución y que tienen su reflejo más reciente en el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud.

Con el fin de adaptar el Sistema Nacional de Salud mexicano (SNS) a la nueva realidad demográfica, epidemiológica y política del país, es de gran importancia avanzar hacia el objetivo de diseñar e implantar una política pública de Estado que permita: i) consolidar, en una visión de largo plazo, el trabajo de varias generaciones de profesionales e instituciones de la salud; ii) tener como ejes centrales la conformación de un sistema de salud universal y unificado, así como el fortalecimiento de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, y iii) adoptar un enfoque de las acciones de salud con base en los derechos humanos.

El Artículo 4º constitucional reconoce el derecho de todos los mexicanos a la protección de la salud, y más recientemente la Constitución obliga a cumplimentar el ejercicio progresivo de los derechos humanos, entre los cuales la salud es uno de los fundamentales. Sin embargo, la fragmentación del sistema de salud no ha permitido el ejercicio universal e igualitario de este derecho. No obstante, el éxito de algunos programas de salud pública, persisten brechas en las condiciones de salud de la población.

México es un mosaico de enormes contrastes y desigualdades sociales. En el campo de la salud, las transiciones demográfica, epidemiológica, económica y social han profundizado las diferencias entre los grupos que componen el entramado social: rural/urbano, pobres y no pobres, géneros, indígenas, grupos de edad, entre otros. De esta forma, es fácil encontrar casos de avances impresionantes y simultáneamente situaciones de rezago inaceptable.



## MELISSA ESTEFANIA VARGAS CAMACHO DIPUTADA FEDERAL

Las nuevas propuestas para consolidar el avance del sistema de salud deben centrarse en continuar con el desarrollo efectivo del derecho constitucional a la protección de la salud para todos los habitantes del país, de manera uniforme y universal, pero, para alcanzar el más alto nivel de bienestar como lo promueve la Organización Mundial de la Salud, se requiere de importantes ajustes conceptuales.

El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible y esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

La construcción de un sistema que se enfoque en los derechos humanos exige una mayor precisión jurídica del concepto de protección de la salud y sus alcances en términos de las obligaciones y responsabilidades, bajo un contexto unificado y sin segmentación en los prestadores, para los tres órdenes de gobierno y la sociedad en su conjunto.

Con el inicio del milenio se reconocieron problemas estructurales en el Sistema Nacional de Salud y en la forma en que se financia la atención médica para los no afiliados a la seguridad social, lo que repercutió en una proporción enorme de gastos de bolsillo que fueron identificados como gastos catastróficos ya que ponen en riesgo la capacidad económica de las familias al enfrentar eventos y enfermedades de alto costo.

Se documentó la participación de estos gastos catastróficos en salud en el aumento de la pobreza en el país y se propuso una tercera reforma del Sistema de Salud para instaurar un sistema que diera la pauta para extender la cobertura médica pública explícita a la población no asegurada, bajo el esquema de la protección social en salud. Esta propuesta de política pública surgió como resultado de importantes estudios sobre economía y salud, y fue presentado a las autoridades de salud y al titular del ejecutivo en mayo de 2001.<sup>1</sup>

La propuesta fue impulsada por la Secretaría de Salud y encontró eco en el Congreso de la Unión, de manera que, en la primavera de 2003, con el apoyo de prácticamente todos los partidos políticos, se aprobaron diversas reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud y a su brazo operativo, el Seguro Popular en Salud.

El esquema de financiamiento del Seguro Popular incluyó dos vertientes: el flujo de recursos para los servicios de salud a la comunidad, en el que están incluidas las acciones de salud pública, y el flujo de recursos para los servicios de salud a la persona, que incluyeron la prestación de atención a determinados padecimientos señalados en un paquete de intervenciones.



**MELISSA ESTEFANIA VARGAS CAMACHO**  
**DIPUTADA FEDERAL**

La prestación de los servicios de salud debe responder a la demanda creciente de usuarios, a la complejidad de los padecimientos crónicos degenerativos del panorama epidemiológico actual y futuro, a la dispersión y características geográficas y culturales de nuestro país y la necesidad de otorgar los servicios de manera eficiente y sustentable.

Se requiere una visión más amplia e integral para el máximo aprovechamiento de los recursos humanos y la infraestructura instalada de salud, tanto pública como privada, y con una inversión estratégica en donde converjan potencialidades y capacidades de respuesta; una sana competencia que impulse la calidad de la atención y un gasto eficiente de recursos. Con ello se garantizará que los servicios de salud se presten con pluralidad a fin de que el usuario pueda seleccionar su lugar de atención.

La participación coordinada de los sectores público y privado debe basarse en reglas claras que garanticen el cumplimiento de estándares mínimos de calidad en la prestación de los servicios, y sustentarse en mecanismos que permitan el monitoreo sobre el uso de los recursos, el apego a la normatividad y sobre todo la evaluación de su eficiencia e impacto en salud.

Para ello, la función rectora debe fortalecer los mecanismos de regulación de los servicios de atención médica como una de las funciones principales de rectoría, así como la vigilancia y certificación de la calidad y la auditoría médica.

Las instituciones articuladoras públicas y privadas, cuya función se describe en el apartado anterior, deberán establecer la organización de redes de servicios de salud, escalonados por niveles de atención y con capacidad de respuesta para atender todos los problemas de salud incorporados a los beneficios universales; estas redes deben contar con un sólido sistema de atención primaria de la salud, eficiente y resolutivo.

La prestación de servicios en redes plurales de atención permitiría aprovechar la capacidad instalada y reducir las necesidades de sobreinversión en infraestructura sanitaria para aumentar la eficiencia del sector en su conjunto y mejorar la capacidad resolutiva de los servicios de atención ambulatoria y del sistema hospitalario.

Las acciones para evitar daños a la salud, incluyendo la detección y el seguimiento oportuno de enfermedades crónicas, corresponden a la atención primaria. En muchas circunstancias, sin embargo, estos servicios son demandados en los hospitales debido a que no se recibió una respuesta adecuada en la atención primaria. Por esta razón, es necesario encontrar un balance óptimo entre la utilización de servicios por nivel de atención.



## MELISSA ESTEFANIA VARGAS CAMACHO DIPUTADA FEDERAL

Los servicios de atención médica ambulatoria, que funcionan como puerta de entrada a la atención médica en el segundo y tercer nivel de atención, requerirían homologarse entre todas las instituciones de salud, e implementar esfuerzos para garantizar un diagnóstico temprano y oportuno de las enfermedades con el objetivo de que no progrese la enfermedad a etapas que impliquen el uso de mayores recursos del sector. En una red escalonada de servicios eficiente, estos establecimientos atenderían sólo una proporción de casos que rebasan la capacidad instalada en los servicios ambulatorios.

Es necesario redefinir las reglas de financiamiento para cada nivel de atención según esquemas de pagos por población de responsabilidad inscrita en las unidades de atención primaria y pagos por incentivos, que permitan internalizar los costos de las referencias hacia la atención hospitalaria.

Actualmente existe información que permite la organización de redes de servicios interinstitucionales de salud, escalonados por niveles de atención y capacidad de respuesta, basada ésta en un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

La universalidad habrá de proporcionar servicios eficaces de salud a todos los mexicanos, en todas sus etapas de la vida, atendiendo a sus necesidades, con servicios equitativos, oportunos y de calidad que hagan efectivo el derecho humano a la protección de la salud.

La universalidad habrá de avanzar en la generación y perfeccionamiento de mecanismos estructurales y de gestión dentro de las instituciones públicas para el adecuado aprovechamiento de los recursos humanos, físicos, financieros y de información y conocimiento que hagan efectivo el servicio a la población, independientemente de su condición laboral, social o cultural. La universalidad deberá avanzar en el fortalecimiento de las entidades federativas en una equilibrada distribución de competencias de las responsabilidades en materia de salud pública y de atención a la salud de las personas, las familias y las comunidades.

La universalidad debe de contar con la participación del sector privado para desarrollar asociaciones de inversión en infraestructura, abasto de insumos y medicamentos, obra social, sistemas de información y tecnología de comunicaciones, así como en la prestación de servicios.<sup>2</sup>

Los Centros de Salud Comunitarios (CSC) fueron diseñados para proporcionar servicios primarios y preventivos de atención a la salud, que sean completos y asequibles, a los individuos que viven en áreas con servicios médicos insuficientes.



## MELISSA ESTEFANIA VARGAS CAMACHO DIPUTADA FEDERAL

Los Centros de Salud Comunitarios reciben financiamiento federal específico para proporcionar servicios gratuitos o a un bajo costo.

Durante los últimos años, el financiamiento federal para los programas de atención a la salud pública, han disminuido.

Los CSC han servido como una de las fuentes principales de atención a la salud para los ciudadanos de bajos ingresos. Las personas sin servicios de salud dependen de los Centros de Salud Comunitarios por varias razones. La más importante es que los centros de salud comunitarios ofrecen servicios esenciales a un bajo costo.<sup>3</sup>

Las reformas han generado avances importantes, pero todavía persisten diversos retos. En primer lugar, se requieren recursos públicos adicionales -cuya disponibilidad dependerá básicamente de una reforma fiscal- tanto para seguir reemplazando el gasto de bolsillo como para satisfacer la costosa demanda asociada con la transición epidemiológica, especialmente de intervenciones hospitalarias de alta complejidad.

Es urgente fortalecer la oferta de servicios en las zonas más marginadas del país para ampliar el acceso regular a una atención integral de la salud de las poblaciones más pobres, en particular de las comunidades indígenas.

En términos más generales, el mayor reto del actual sistema mexicano de salud es buscar alternativas para fortalecer su integración, de tal manera que se garantice un paquete común de beneficios a todas las personas, se reduzcan los altos costos de transacción inherentes a un sistema segmentado y se logre finalmente el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud.<sup>4</sup>

El alza en el presupuesto asignado a este ramo (en la función Salud), se explica - en gran medida- por el incremento en el *Programa de vacunación (E36)*, que aumentó sus recursos en 26 mil 501 millones de pesos contra el aprobado en 2021 (+1,186.6%), sobre todo por la adquisición de vacunas para el COVID-19.

Otros programas a destacar son *Mantenimiento de infraestructura (K27)*, cuyos recursos aumentan en 28.6% y *Atención a la Salud (E23)*, con un incremento de 11.6%.

Por otra parte, sobresale que, pese a no sufrir una reducción, habrá un aumento de apenas 0.04% al programa *Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral (U13)*, el principal programa y apuesta del gobierno para financiar la salud de los 68 millones de personas sin seguridad social<sup>5</sup> y que reemplazó al Seguro Popular en 2020.



En contraste, los tres programas que tuvieron la mayor disminución de recursos fueron el *Programa Nacional de Reconstrucción* (-20%), el *Fortalecimiento de la atención médica* (-11%) y la *Rectoría en Salud* (-9%).

Una de las acciones emblemáticas de este Gobierno fue la eliminación del Seguro Popular para dar paso a la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), lo que ha traído cambios importantes en materia de asignación presupuestal. Para este año, el INSABI contará con 103 mil 366.8 millones de pesos, lo que representa un crecimiento de 11.6% con respecto al presupuesto aprobado en 2021. Estos recursos, que crecen en 10 mil 752 millones, están destinados para la atención de la salud de la población sin seguridad social, que está estimada por el Instituto en 68 millones de personas.

De los programas a cargo del INSABI, el más favorecido es el de *Actividades de apoyo administrativo*, con un incremento de 1,259%. Otro programa que tuvo incrementos es el de *Atención a la Salud*, con un incremento propuesto de 26%. Además, a diferencia del 2021, el PPEF 2022 adiciona recursos al programa *Fortalecimiento a la atención médica*, al que se le asigna un monto de 862 millones 384 mil. Finalmente, es de destacar que el *programa Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral*, que como ya lo referimos sustituyó al Seguro Popular en 2020, sólo incrementó el 0.04%.

Es necesario que el gobierno federal cumpla con su compromiso de garantizar la gratuidad en los servicios de salud y asegure el acceso, dotación y distribución de los medicamentos y vacunas en los hospitales, centros comunitarios de salud, centros regionales de salud y clínicas.

1. Universidad de los servicios de salud en México  
<http://www.sevela.org.mx/sic/la>  
2. *Hacia un México más saludable. Reunión del Consejo Directivo con el Presidente de la República. Fundación Mexicana para la Salud. Cuadernos FUNSALUD número 33. Ciudad de México, 8 de mayo de 2001. México. FUNSALUD, 2001.* [\[link\]](#)  
3. <https://www.instituto.org/sites/default/files>  
4. IDEM  
5. Población potencial del INSABI

Por lo anteriormente expuesto y fundado, someto a consideración del Pleno de la Cámara de Diputados, la siguiente proposición con



**MELISSA ESTEFANIA VARGAS CAMACHO**  
**DIPUTADA FEDERAL**

**Punto de Acuerdo**

**Único.** La Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión exhorta a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y a la Secretaría de Salud, a destinar recursos y asegurar la suficiencia presupuestaria para que sigan funcionando los centros comunitarios de salud y centros regionales de salud de todo el país.

Palacio Legislativo de San Lázaro, a 22 de junio de 2022.

A handwritten signature in blue ink, enclosed within a circular blue ink scribble. The signature appears to be "Melissa Estefanía Vargas Camacho".

Diputada Melissa Estefanía Vargas Camacho