

PROPOSICIÓN CON PUNTO DE ACUERDO POR EL QUE SE EXHORTA AL TITULAR DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL A COMPARECER PARA QUE RINDA CUENTAS SOBRE LOS RESULTADOS PUBLICADOS POR EL CONEVAL EN SU ESTUDIO SOBRE EL DERECHO A LA SALUD 2023 Y EXPONGA LAS ESTRATEGIAS Y ACCIONES QUE SE TIENEN PREVISTAS PARA CORREGIR LAS DEFICIENCIAS Y OMISIONES EXPUESTAS EN EL INFORME.

Los que suscriben, diputadas **Frinné Azuara Yarzabal, Mariana Erandi Nassar Piñeyro, Laura Barrera Fortoul y diputado Xavier González Zirión** integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, así como el diputado **Ector Jaime Ramírez Barba**, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional en la LXV Legislatura del H. Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 6, numeral 1, fracción I, y 79, numeral 1, fracción II, del Reglamento de la Cámara de Diputados, y 58 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, somete a consideración de esta H. Asamblea la siguiente proposición con Punto de Acuerdo, conforme a las siguientes:

Consideraciones

El pasado mes de julio el **Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)** publicó el estudio exploratorio denominado **“Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo”**¹

Estudio realizado bajo el amparo de que el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) y la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) sientan las bases para una política de desarrollo social de Estado basada en el ejercicio de los derechos. Al respecto, de acuerdo con el artículo 81 de la LGDS, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) tiene por objeto normar y coordinar la evaluación de las políticas y programas de desarrollo social, así como establecer los lineamientos y criterios para definir, identificar y medir la pobreza.

En la introducción de dicho estudio se señala que El Programa Anual de Evaluación 2020 (PAE), en su numeral 68, estableció que el CONEVAL debía realizar la Evaluación Estratégica sobre el Derecho a la Salud y los cambios hacia una política de acceso universal, en la que se incorpore un análisis sobre el diseño de los programas de nueva creación que se encuentren en su primer año de operación, con el objetivo de evaluar la capacidad del sistema de salud en México para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a partir de los cambios a la LGS, siendo de especial interés el enfoque en la población sin seguridad social.

Abunda en tal apartado, que en este contexto, se realizó un análisis cualitativo que explora el acceso al derecho a la salud para las personas sin seguridad social en distintos contextos,

¹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2023). *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo*. Ciudad de México: CONEVAL.

en el marco de los cambios en los servicios de salud, instrumentados a partir de las reformas a la LGS, el INSABI y la federalización de los SESA. En este sentido, se identifican los factores que limitan o posibilitan el acceso a los servicios para esta población, tanto desde la perspectiva de las personas usuarias como de personas funcionarias encargadas de proveer los servicios, a partir de las dimensiones del derecho a la salud, accesibilidad, disponibilidad y calidad –consideradas en el *Estudio diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*, publicado por el CONEVAL–.

Puntualiza que el informe está conformado por tres apartados. El primero presenta una revisión general de los retos del Sistema Nacional de Salud para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud, las principales reformas que estructuran la base operativa de la federalización de los servicios de salud a través del OPD IMSS-Bienestar y una revisión general del gasto público en salud. El segundo apartado presenta el estudio exploratorio sobre el derecho a la salud que, partiendo del marco analítico para la realización del análisis y los elementos metodológicos del estudio, esboza los principales resultados. Finalmente, en el último apartado se presentan las conclusiones del análisis.

Aclara que los hallazgos de este análisis permiten identificar los principales obstáculos que encara la población sin seguridad social para hacer efectivo su derecho a la salud en los diferentes niveles de atención, proporcionando evidencia sobre los puntos focales para el desarrollo de políticas públicas en las entidades federativas seleccionadas; no obstante, es necesario señalar que el diseño metodológico no permite la generalización de los resultados.

El estudio expone textualmente los resultados siguientes:

El FAM (Programa de fortalecimiento a la atención médica) ha funcionado como un brazo operativo de los SESA para llevar los servicios de salud a las comunidades más alejadas dentro de las entidades federativas. Sin embargo, el programa **ha tenido una disminución constante del número de consultas de atención médica** otorgadas a la población que habita en localidades menores a 2,500 personas, aisladas sin acceso físico a servicios de salud. En 2017, el programa otorgó 2,536,886 consultas, mientras que para 2021 el número disminuyó a 1,189,774, lo cual representó un cumplimiento de su meta relativa de 48.8 % del total esperado (2,365,768) (CONEVAL, 2021d). De acuerdo con la Cuenta Pública 2021, esta disminución deriva de que el programa se sumó a las acciones de atención a la contingencia sanitaria, originada por la pandemia. Asimismo, mencionan que algunas entidades refieren mantener las unidades médicas móviles ancladas o fijas por **falta de gastos para la operación y vigencia de vida útil de los vehículos** (SHCP, 2022).

En relación con el acceso a la información, se identificaron casos en donde **existe desconocimiento sobre los derechos que tienen las personas usuarias en materia de salud**. En general, las personas usuarias entrevistadas no tienen claridad sobre las funciones del sistema de salud IMSS-Bienestar, e incluso en algunas regiones existe la

percepción de que el Seguro Popular continúa vigente. Algunas personas usuarias de consultorios particulares consideran que no pueden acceder a los servicios públicos para la población sin seguridad social, al no estar afiliados a los esquemas del IMSS o ISSSTE, por lo que piensan que deben pagar por consultas o medicamentos. Este desconocimiento del derecho tiene consecuencias en la asistencia a unidades médicas de salud para el control y prevención de enfermedades.

Las personas funcionarias entrevistadas mencionan que la terminación de Prospera Programa de Inclusión Social impactó en los mecanismos existentes para la difusión relevante sobre los servicios de salud disponibles fue. De acuerdo con la información proporcionada, la conclusión del programa provocó que las personas que acudían a los centros de salud para consultas o pláticas de prevención ahora asistan únicamente cuando están enfermas y demandan la atención médica, afectando particularmente a las mujeres embarazadas, niñas y niños, y personas con alguna enfermedad crónica.

Las personas funcionarias entrevistadas señalan que una de las limitantes para la provisión efectiva de los servicios de salud está asociada con la falta de médicos especialistas en las entidades federativas, particularmente en zonas rurales. Existe la percepción de que las personas especialistas de los servicios de salud prefieren desempeñar sus funciones en grandes hospitales de zonas urbanas, y difícilmente van a regiones más alejadas por consideraciones geográficas, cuestiones de seguridad o condiciones laborales.

En cuanto a la infraestructura en salud de primer nivel de atención, las personas usuarias de los servicios públicos consideran que existen áreas de oportunidad en las condiciones físicas de las unidades médicas en las que recibieron atención. En las entrevistas realizadas, las personas declaran que **las condiciones de las salas de espera no son óptimas**, y que en ocasiones no hay sillas suficientes para las personas que demandan atención, por lo que deben esperar su consulta de pie –lo cual dificulta la espera para las personas adultas mayores–. Asimismo, una queja recurrente fue con relación a los baños en los centros de salud, ya que, si bien tienen agua corriente, en ocasiones no cuentan con papel o jabón, y se encuentran en condiciones descuidadas o con falta de higiene. En contraste, las personas usuarias de los servicios privados declaran que consideran que las condiciones de los CAF o clínicas a las que acuden son adecuadas y están limpias.

Las personas funcionarias reconocen que existen casos en que la infraestructura requiere mantenimiento preventivo y correctivo por **falta de fondos** destinados a estas áreas.

Un elemento importante para garantizar la disponibilidad del derecho a la salud es la existencia de medicamentos y materiales de curación, ya que estos insumos son parte de la atención médica y continuidad del servicio. Para este efecto, la mayoría de las unidades médicas de la muestra seleccionada cuentan con farmacias dentro de los servicios que ofrecen, sin embargo, **las personas usuarias mantienen la percepción de que existe un desabasto de medicamentos, ya que estos no son entregados de manera regular o hay ocasiones en las que no están en existencia.**

Lo anterior provoca que las personas sin seguridad social **incurran en gastos de bolsillo asociados al traslado a zonas con farmacias particulares y la compra de medicamentos**. De acuerdo con el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), para finales de 2022, el porcentaje de medicamentos surtido de manera completa a la primera vez en el ámbito urbano fue de 71.46 % para las instituciones de la Secretaría de Salud y 52.88 % para el IMSS-Bienestar –considerando que solo reporta San Luis Potosí del ámbito urbano–. Por otro lado, para el ámbito rural asciende a 76.41 % la Secretaría de Salud y a 89.79 % en unidades del IMSS-Bienestar (SSA, s.f.-f).

Algunas personas funcionarias señalan que la distribución y entrega de medicamentos para la población sin seguridad social tuvo afectaciones con el INSABI, específicamente con la implementación de las compras consolidadas, lo cual implicó que las personas usuarias **no recibieran la totalidad de claves solicitadas, desabasto en medicamentos especializados –oncológicos– o extemporaneidad en la entrega de los mismos; por lo que se le pidió a las familias asumir el costo del medicamento**.

En relación con la calidad de los servicios de salud, en primer lugar, las personas usuarias de los servicios públicos señalan que una de las principales dificultades para acceder de manera oportuna a la atención médica está asociada a los **largos tiempos de espera en las clínicas de salud**. En términos generales, es necesario acudir a las unidades médicas desde temprano para solicitar una ficha que les permita regresar más tarde para ser atendidas por el personal médico –o esperar en la Unidad Médica por un periodo que puede variar entre 20 minutos y cuatro horas–.

Existen casos en los que las personas usuarias **han sido rechazadas de las unidades médicas por la alta demanda de atención**, por lo que tienen que recurrir a los servicios privados. Estos obstáculos incentivan la preferencia de las personas usuarias a los servicios de salud que ofrecen los CAF. Las personas que acuden a estos establecimientos pueden obtener atención básica más rápida, con tiempos de espera de 15 minutos, sin necesidad de hacer cita y con un trato amable por parte del personal médico.

Los tiempos de espera pueden llegar a ser muy prolongados en el caso de las especialidades. En algunos casos, el personal médico especialista no está disponible en el distrito o jurisdicción, por lo que los tiempos pueden ir desde los 30 días hasta los cuatro meses.

Las personas funcionarias entrevistadas señalaron que existieron problemas para la coordinación entre el INSABI y los SESA para la implementación del modelo SABI; retrasos en la distribución de medicamentos especializados, como oncológicos o para diabéticos, y transferencias tardías de recursos financieros para la prestación de los servicios de salud. Estos retos mermaron las capacidades institucionales de los SESA para proveer la atención médica para las personas sin seguridad social.

Por último, las personas entrevistadas señalaron que el retraso en la transferencia de recursos financieros también obstaculizó la atención médica adecuada en las entidades

federativas. Uno de los ejemplos citados fue que con el cambio del Seguro Popular hacia el INSABI dejó de existir la transferencia de recursos de manera automatizada, por lo que los estados asumieron el costo de las intervenciones que dejaron de financiar desde la Federación, especialmente para aquellos gastos asociados a la protección contra gastos catastróficos. El retraso en la transferencia de recursos ha provocado incluso que algunas Unidades Médicas no cuenten con el personal médico establecido en el Modelo de Atención.

La consolidación de las compras de medicamentos, centralizando las adquisiciones, implicó una pérdida de eficiencia en la distribución de insumos y medicamentos estratégicos para que los SESA puedan garantizar el derecho a la salud de las personas sin seguridad social en los estados seleccionados para la muestra. Consecuentemente, resulta relevante reforzar los mecanismos de coordinación entre la Federación y los estados, para desarrollar el proceso de manera óptima y enfatizar la importancia de las necesidades estatales para establecer la cobertura. Estos hallazgos complementan empíricamente los retos identificados en el CONEVAL (2022), al destacar las fallas en la comunicación entre las personas responsables operativas de los programas en el ámbito estatal y las personas funcionarias responsables de la planeación y administración para la integración de los proyectos presupuestales.

Por otro lado, y respecto a las limitaciones identificadas para que el IMSS-Bienestar coadyuve en garantizar el derecho a la salud para personas sin seguridad social, las personas funcionarias entrevistadas señalaron que el nuevo esquema de rectoría implica una centralización de los servicios de salud, al fortalecer las funciones de gestión de la Secretaría de Salud; **existen problemas para el traspaso de infraestructura** –dada su certeza jurídica– y la heterogeneidad entre las características socioeconómicas y demográficas de las regiones, que incluso dificulta la formación de recursos humanos para la atención especializada.

El nuevo modelo genera preocupación en las entidades federativas sobre una pérdida de eficiencia ante la centralización de las funciones, dadas las externalidades que enfrentan los estados y la velocidad de respuesta que a veces requieren las contingencias sanitarias.

El traspaso de infraestructura física al IMSS-Bienestar fue una limitación adicional identificada por las personas entrevistadas que iniciaron con el proceso de implementación del Plan de Salud IMSS-Bienestar.

Una limitación adicional identificada en el análisis de las entrevistas está en la heterogeneidad entre las regiones y entidades federativas del país, lo cual podría obstaculizar la transición de los servicios de salud como se espera.

En cuanto a los retos identificados para que el IMSS-Bienestar coadyuve a garantizar el derecho a la salud para las personas sin seguridad social, y cumpla con los propósitos derivados de las reformas al sistema nacional de salud, las personas funcionarias entrevistadas señalaron principalmente que **existe aún incertidumbre sobre cómo va a**

implementarse y operar el modelo, ya sea por falta de claridad normativa, áreas de oportunidad en los mecanismos de comunicación o indefinición sobre lo que harán los estados. Asimismo, existen retos asociados a la adaptación del Programa IMSS-Bienestar a las zonas urbanas, sobre todo por su capacidad operativa que difiere de los contextos rurales, lo cual genera la percepción de que su infraestructura es limitada para la atención generalizada de la población sin seguridad social.

De manera adicional, algunos estados perciben que quienes diseñaron el esquema no tomaron en cuenta la experiencia de aquellos que realizan el trabajo operativo de forma directa con las personas usuarias y que desconocen aspectos instrumentales que pueden complicar la implementación.

De conformidad con lo que perciben algunas personas funcionarias en los estados, se ha detectado que la estructura organizacional que plantea el modelo no empata con las necesidades reales en los hospitales. El nuevo modelo desaparece puestos como jefe jurisdiccional, jefes de programas y coordinadores de enfermería, que actualmente cumplen un papel esencial en los SESA.

Existe la preocupación generalizada sobre la falta de claridad del papel que desempeñarán las Secretarías de Salud de las entidades federativas, los mecanismos de coordinación entre autoridades federales y estatales, así como la definición puntual del traspaso de los servicios de primer y segundo nivel de atención. Asimismo, es necesario especificar lo que refiere a la situación laboral de aquellos puestos de trabajo que podrían desaparecer con el nuevo modelo, así como la redistribución de las actividades administrativas para evitar ampliar las cargas laborales en los hospitales.

Por otra parte, en su apartado de consideraciones finales sobre el estudio el CONEVAL resalta lo siguiente:

Persiste el reto de garantizar servicios de mayor complejidad o atención especializada para las personas que viven en comunidades rurales o alejadas de la capital, ya que la población sin seguridad social tiene que realizar gastos de bolsillo –incluso asociados al traslado, hospedaje y alimentación– en la búsqueda de atención médica.

A esta complejidad de accesibilidad para el segundo y tercer nivel de atención, se suma el largo tiempo de espera para asignar una cita para la población sin seguridad social, atendiendo a que la demanda de servicios excede la oferta de especialistas en entidades federativas.

Los esfuerzos orientados a mejorar el acceso a la salud deben partir del fortalecimiento de estrategias de información para que la población sin seguridad social conozca sus derechos en la materia; particularmente aquellos asociados a la gratuidad y la no necesidad de derechohabencia para recibir la atención médica. En las entrevistas a personas usuarias de los servicios de salud privados se identificaron casos en donde las personas no acuden a consultas de primer nivel al asociar las instituciones de los SESA con las del IMSS e ISSSTE y, por lo tanto, a la condición laboral. Esta situación podría generar complicaciones

médicas para las personas usuarias al recibir una atención médica tardía, profundizando las brechas de desigualdad que existen en el acceso al derecho a la salud.

Ante el desconocimiento sobre el derecho a la salud, la población sin seguridad social ha incrementado su asistencia a los CAF, utilizando parte del ingreso del hogar para la atención médica.

Una afectación adicional al gasto de bolsillo está asociada a la disponibilidad de medicamentos, y en las posibles afectaciones derivadas de la centralización de las compras consolidadas durante la rectoría del INSABI. Algunas personas usuarias de los servicios de salud públicos mencionan que cuando los medicamentos no son proporcionados de manera gratuita por los centros de salud, tienden a no comprarlos, usar ahorros o endeudarse –en caso de ser necesario–; particularmente cuando se trata de medicamentos especializados u oncológicos. Al respecto, las personas funcionarias consideran que el principal reto está en mejorar la distribución y logística para la entrega de medicamentos, pues han tenido casos en los que estos llegan de manera extemporánea a lo solicitado, incurriendo en riesgos de que se acumulen y caduquen.

Por otro lado, las personas funcionarias mencionan que un elemento que podría mermar la disponibilidad de recursos humanos para garantizar el derecho a la salud está asociado con las condiciones laborales del personal médico especialista. Si bien existe la percepción de que las personas especialistas prefieren desempeñar sus funciones en grandes hospitales de zonas urbanas, también mencionan que los esquemas de contratación y salarios ofrecidos no son atractivos en comparación con los que ofrece el sector privado –lo cual provoca que el sector público cuente con un déficit importante de personas especialistas en las diferentes áreas de la salud–.

De igual manera, es importante reconocer los códigos o protocolos que se han implementado en las entidades para mejorar la calidad de los servicios de salud, particularmente en aquellos casos en que se pone en riesgo la vida de las personas –como en los casos de la atención a mujeres embarazadas y personas con riesgo de infarto–. En este sentido, resulta relevante fortalecer los mecanismos de capacitación que existen en los estados para que el personal médico de primer nivel de atención cuente con los procedimientos, mecanismos y herramientas para atender y canalizar a personas en riesgo a otros niveles de atención de manera generalizada.

En cuanto al IMSS-Bienestar, si bien el trabajo de campo se realizó en el contexto de transición –coincidiendo en el periodo de publicación del modelo MAS-Bienestar–, **predomina la incertidumbre aún sobre cómo operara el modelo en las entidades federativas**. Si bien las incertidumbres planteadas pueden aclararse durante las mesas de trabajo –igualmente planteadas en el proceso de transición–, resulta relevante reforzar los lineamientos, reglas de operación y manuales, con el fin de que todo el personal operativo en los estados pueda tener certeza sobre las características de la operación que se plantea con el modelo MAS-Bienestar y la cascada de traspaso de información sea más eficiente.

Asimismo, es importante que la estrategia de federalización de los SESA considere puntualmente las necesidades de cada uno de los estados, formuladas a partir de la heterogeneidad que existe entre las características socioeconómicas y demográficas de las regiones. De tal manera que en el proceso de diagnóstico que realiza el IMSS-Bienestar, el personal operativo y administrativo de los SESA debe ser considerado para externar las características de atención médica particulares de cada estado.

Asimismo, el CONEVAL en su apartado de conclusiones expone lo siguiente:

uno de los factores que limita el ejercicio efectivo del derecho está asociado al acceso a la atención médica especializada –punto en donde convergen las tres dimensiones del derecho a la salud–. Al respecto, si bien los servicios de salud deben ser proporcionados de manera gratuita por los SESA, existen al menos tres factores que limitan el acceso: 1) las personas deben asumir los costos de traslado a los hospitales especializados, así como aquellos gastos de alimentación y hospedaje para las personas que acompañan al paciente por el tiempo que dure el tratamiento; 2) existen entidades federativas que no cuentan con hospitales de tercer nivel de atención –lo cual agrega obstáculos para las personas sin seguridad social–, y 3) en muchas entidades federativas no hay suficiente personal especializado, lo cual se agrava al analizar las zonas rurales.

Esta situación implica que las personas sin seguridad social tengan que desembolsar parte de su ingreso para procurar los servicios de segundo y tercer nivel –incrementando la probabilidad de incurrir en gastos de bolsillo o catastróficos–.

Un factor que limita el ejercicio efectivo del derecho a la salud está vinculado con la desatención normativa y operativa de la prevención de enfermedades en salud. En el primer informe de la *Evaluación Estratégica de Salud* se identificó que esta área requería de acciones para fortalecer el diseño normativo de los programas, con el fin de evitar incertidumbres en el acceso, ambigüedades en la operación o aspectos que refuerzan la desigualdad en la atención, como aquellas derivadas de las cargas administrativas que incrementaron con la desaparición de Prospera Programa de Inclusión Social –afectando incluso las acciones de difusión de información que se tenían con el programa– (CONEVAL, 2022). El análisis de la evidencia cualitativa refuerza este hallazgo, al documentar que **las personas sin seguridad social han descuidado la prevención de enfermedades**, ya que acuden a las unidades médicas solo cuando están enfermas y demandan la atención médica, afectando particularmente a las mujeres embarazadas, niñas y niños, y personas con alguna enfermedad crónica.

Otro factor que limita el ejercicio del derecho a la salud para las personas sin seguridad social está vinculado con los problemas de coordinación interinstitucional entre el Gobierno federal y los SESA. Esta área de mejora podría derivar de dos factores identificados en el análisis cualitativo: 1) falta de claridad en las bases normativas que delimitan el margen de acción y colaboración de las entidades federativas y el Gobierno federal, y 2) que los diagnósticos y diseño de planes de acción articulados desde la Federación no consideren las necesidades locales identificadas por los SESA para operar la atención médica, las

cuales responden a las particularidades de cada contexto sociodemográfico, y que al ser ignoradas generan ineficiencias en la distribución de recursos.

En este estudio exploratorio, las personas funcionarias enfatizan que faltó una instrucción clara de la Secretaría de Salud para implementar el modelo de atención. Si bien la implementación pudo haber sido afectada por la pandemia, también podría argumentarse que es en contextos de emergencia cuando se vuelve indispensable la definición y despliegue de mecanismos de coordinación entre entidades para incrementar la velocidad de una respuesta sanitaria.

Es necesario el desarrollo de lineamientos claros o Acuerdos de Coordinación específicos entre las entidades federativas y el OPD IMSS-Bienestar, para definir las acciones específicas sobre la planeación y desarrollo en salud, implementación de políticas y evaluación de programas que refiere el modelo MAS-Bienestar (DOF, 2022a). Lo anterior ampliaría la claridad de los SESA sobre su margen de acción, y permitiría recopilar las necesidades en el primer nivel de atención, infraestructura y personal médico que plantea la federalización de los servicios estatales en el Plan de Salud IMSS-Bienestar. El fortalecimiento de los mecanismos de coordinación interinstitucional podría evitar problemas de asignación de recursos como los identificados con el INSABI que derivaron en diferencias sobre el diagnóstico de rehabilitación de unidades médicas.

De igual manera, un elemento que habilita el ejercicio del derecho a la salud es el conjunto de códigos o protocolos que se han implementado en las entidades para mejorar la calidad de los servicios de salud, particularmente en aquellos casos en el que existe un riesgo para la vida de las personas –como en el caso de atención a mujeres embarazadas con complicaciones obstétricas o personas con riesgos de infarto–, pues incide en reducir la desigualdad en la atención identificada por regiones. En este sentido, resulta relevante fortalecer los mecanismos de capacitación que existen en los estados para que el personal médico de primer nivel de atención cuente con los protocolos, mecanismos y herramientas para atender y canalizar a personas en riesgo a otros niveles de atención.

Asimismo, un elemento adicional que habilita la garantía del derecho a la salud deriva de la administración oportuna de recursos para las entidades federativas, para que estos puedan gestionarse e implementarse en las necesidades de salud contextuales.

La asignación presupuestal para la construcción y mantenimiento de infraestructura de segundo y tercer nivel debe extenderse a aquellas entidades que han manifestado una necesidad importante para brindar atención médica especializada; y, por otro lado, los esfuerzos por contratar personal médico deben garantizar condiciones laborales adecuadas con el objetivo de disminuir los incentivos que tienen médicos generales y especialistas para migrar al sector privado.

Finalmente, la iniciativa para desaparecer al INSABI es la expresión operativa del Artículo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2023, que busca iniciar un proceso de transición del programa U013 “Atención a la Salud y Medicamentos

Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral” –principal instrumento financiero del INSABI– al OPD IMSS-Bienestar. Este programa articula las acciones de financiamiento más importantes para procurar la atención médica a las personas sin seguridad social, por lo que el IMSS-Bienestar debe retomar los alcances, limitaciones, retos y lecciones aprendidas del INSABI, con el fin de evitar que el desarrollo de sus funciones se limiten a financiar los servicios de salud, y no a prestar la atención médica como lo estipula el modelo MAS-Bienestar.

Asimismo, el proceso de transición que experimenta el sistema de salud debe establecer directrices claras para las entidades federativas que han decidido no participar en la federalización de los servicios de salud, con el fin de que no existan diferencias en la atención que se brinda a la población en las diversas regiones del país. Aun cuando el MAS-Bienestar establece que todas las entidades federativas deben adherirse al modelo de atención a la salud, aún está pendiente establecer cómo funcionarán los mecanismos de financiamiento y coordinación entre los estados que se mantienen fuera de la federalización de los SESA. Mientras no se satisfaga el punto anterior, existe el riesgo de que con la federalización de los servicios de salud se fragmente aún más la atención médica, al generar un nuevo subsistema de atención presente en entidades que no se adhieren al OPD IMSS-Bienestar.

Todo lo anteriormente expuesto por el CONEVAL en su informe, confirma lo que nuestro grupo parlamentario y los grupos que conforman la Alianza Va por México hemos venido manifestando en diferentes momentos sobre la crisis en que se encuentra el sistema nacional de salud debido a las malas decisiones e incapacidad de la administración actual, en lo que se refiere a la pérdida del acceso a la salud de millones de mexicanos, el desabasto de medicamentos sobre todo oncológicos, el incremento del gasto de bolsillo en salud de las familias de escasos recursos, la postergación de la atención de enfermedades crónicas y los riesgos que implica y el incremento de la morbilidad y mortalidad.

Por tanto, se infiere que, a partir de esta evaluación estratégica sobre el derecho a la salud, realizada por el CONEVAL, el sistema de salud en México, operado por el gobierno actual, no está garantizando el ejercicio efectivo del derecho a la salud a partir de los cambios de la Ley General de Salud, particularmente en la población sin seguridad social. situación que resulta sumamente grave y alarmante y que requiere ser analizada a profundidad con los diferentes actores que intervienen a fin de construir las alternativas de solución que se requieren con carácter urgente.

Por ello, es necesario mencionar que la Ley General de Salud² en sus artículos 4º y 7º establece la rectoría de la Secretaría de Salud como autoridad sanitaria, con facultades para establecer y conducir la política nacional en materia de salud; por lo que juega un papel fundamental en la coordinación del sistema nacional de salud, en sus alcances, en sus resultados y en la rendición de cuentas.

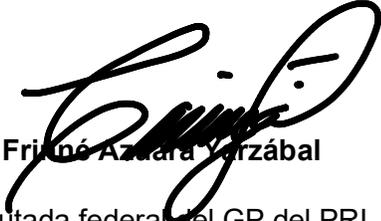
² [Móvil - Ley General de Salud \(diputados.gob.mx\)](http://movil.leygeneralde salud.diputados.gob.mx)

Por todo lo anterior nos permitimos presentar a esta Asamblea la siguiente **proposición** con:

Punto de Acuerdo

Único. La Comisión Permanente del Honorable Congreso de la Unión, exhorta al titular de la Secretaría de Salud Federal, a comparecer ante el Pleno de la Comisión Permanente del Congreso de la Unión, para que rinda cuentas sobre los resultados publicados por el CONEVAL en su estudio sobre el derecho a la salud 2023 y exponga las estrategias y acciones que se tienen previstas para corregir las deficiencias y omisiones expuestas en el informe.

Sede de la Comisión Permanente del Congreso de la Unión, a 1 de agosto de 2023.



Frida Azucara Yarzabal
Diputada federal del GP del PRI

Ector Jaime Ramírez Barba
Diputado federal del GP del PAN

Mariana Erandi Nassar Piñeyro
Diputada federal del GP del PRI

Laura Barrera Fortoul
Diputada federal del GP del PRI

Xavier González Ziri6n
Diputado federal del GP del PRI