

CONTENIDO

Iniciativas

- 2** Que reforma el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de seguro universal de salud, suscrita por diputados integrantes del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano
- 21** Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de seguro universal de salud, suscrita por diputados integrantes del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano

Anexo III-6-1

Miércoles 13 de septiembre

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, 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

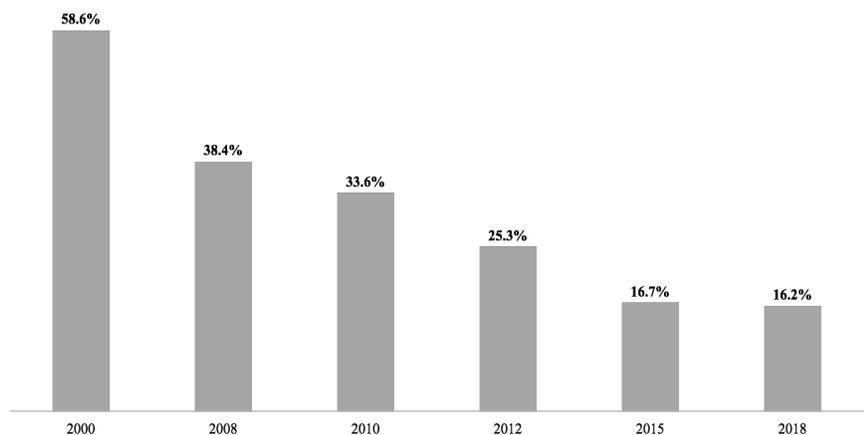
⁷ Flamand, Laura, y Carlos Moreno. 2014. Seguro Popular y federalismo en México: Un análisis de políticas públicas. México: CIDE.

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.

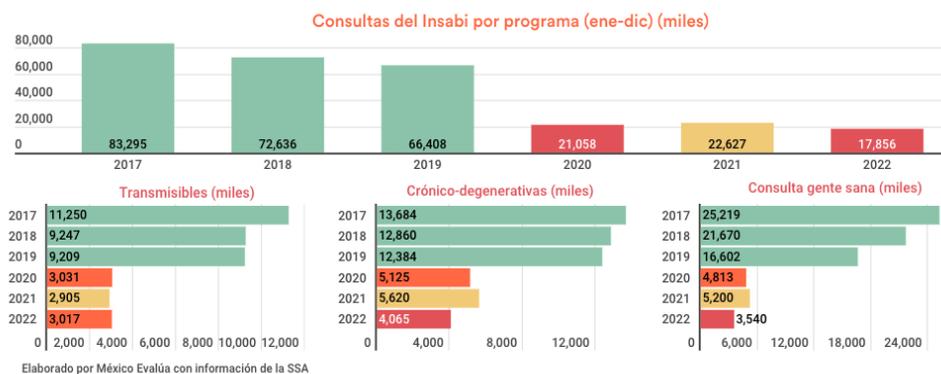
Si bien es cierto que la caída en las consultas de la población sin seguridad social ocurrió desde el sexenio pasado, también es cierto que esta se acentuó con la transición del Seguro Popular al INSABI. De acuerdo con un estudio del organismo

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.

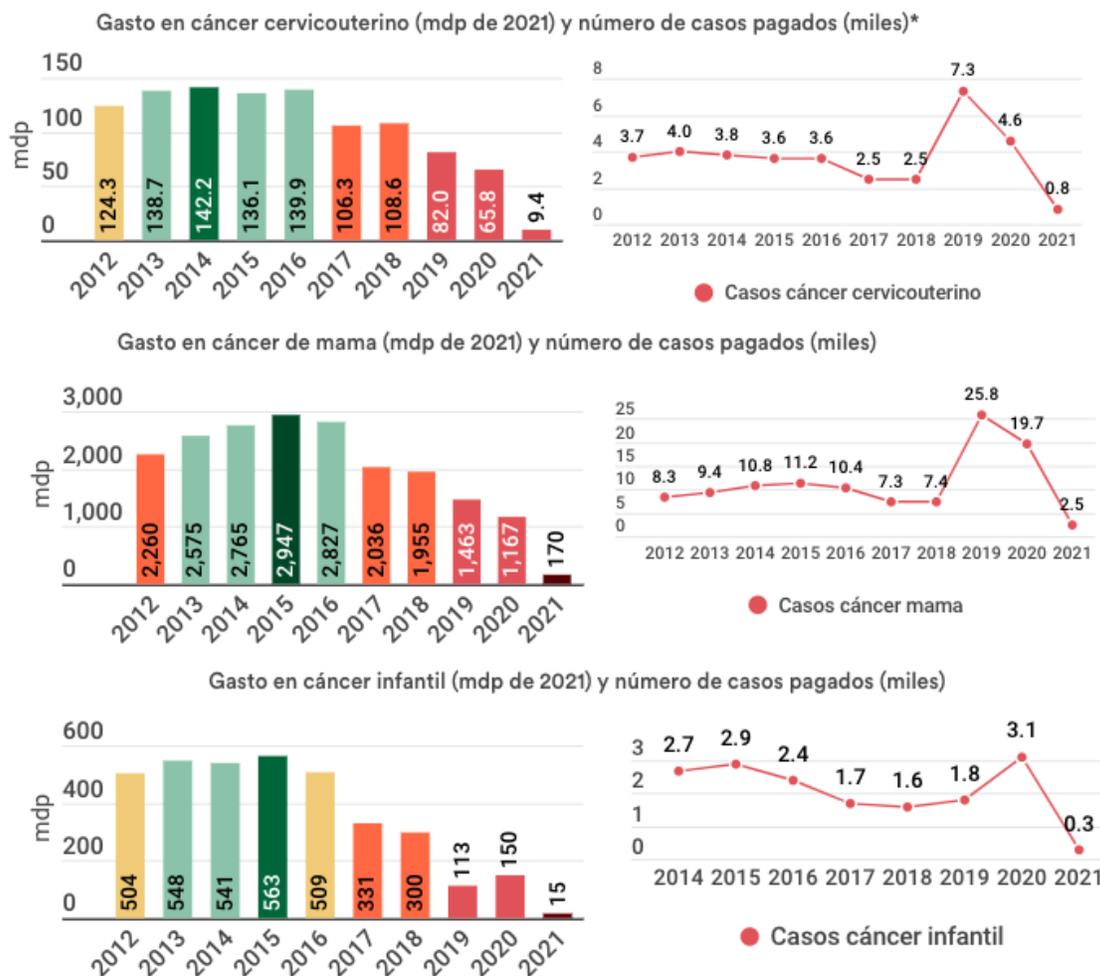


¹⁹ México Evalúa. 2023. El ocaso del INSABI. Recuperado de [https://www.mexicoevalua.org/el-ocaso-del-insabi/#:~:text=De%20enero%20a%20septiembre%20de,\)%2C%20como%20lo%20hemos%20detallado.](https://www.mexicoevalua.org/el-ocaso-del-insabi/#:~:text=De%20enero%20a%20septiembre%20de,)%2C%20como%20lo%20hemos%20detallado.)

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 esta 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 aumentarían 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

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE 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 y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de 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

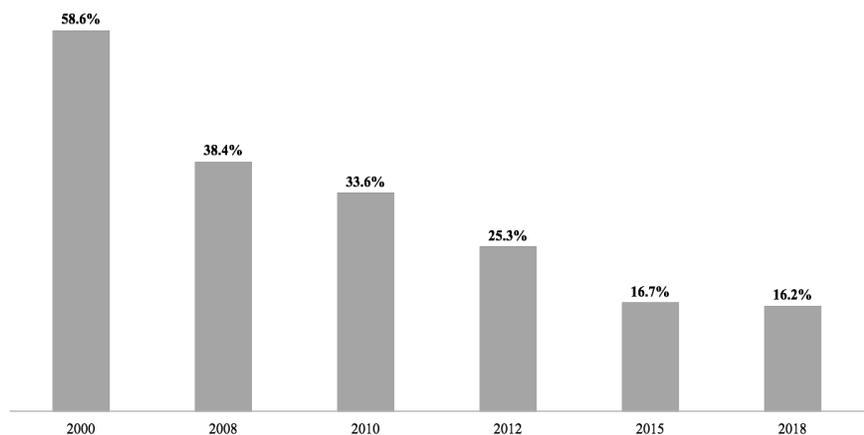
⁷ Flamand, Laura, y Carlos Moreno. 2014. Seguro Popular y federalismo en México: Un análisis de políticas públicas. México: CIDE.

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.

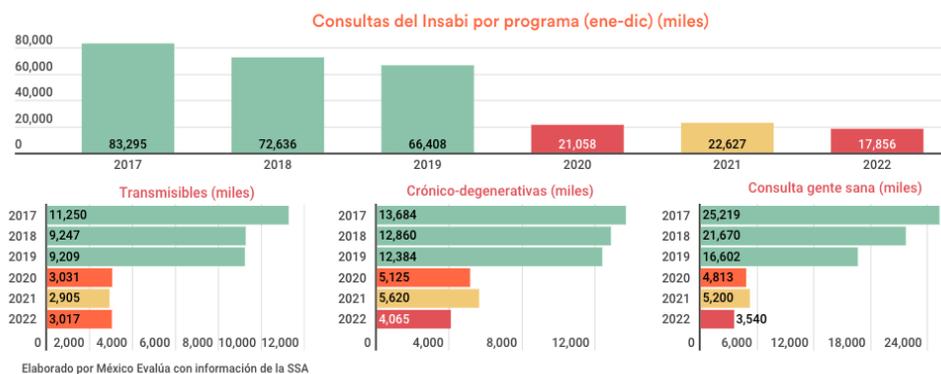
Si bien es cierto que la caída en las consultas de la población sin seguridad social ocurrió desde el sexenio pasado, también es cierto que esta se acentuó con la transición del Seguro Popular al INSABI. De acuerdo con un estudio del organismo

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.

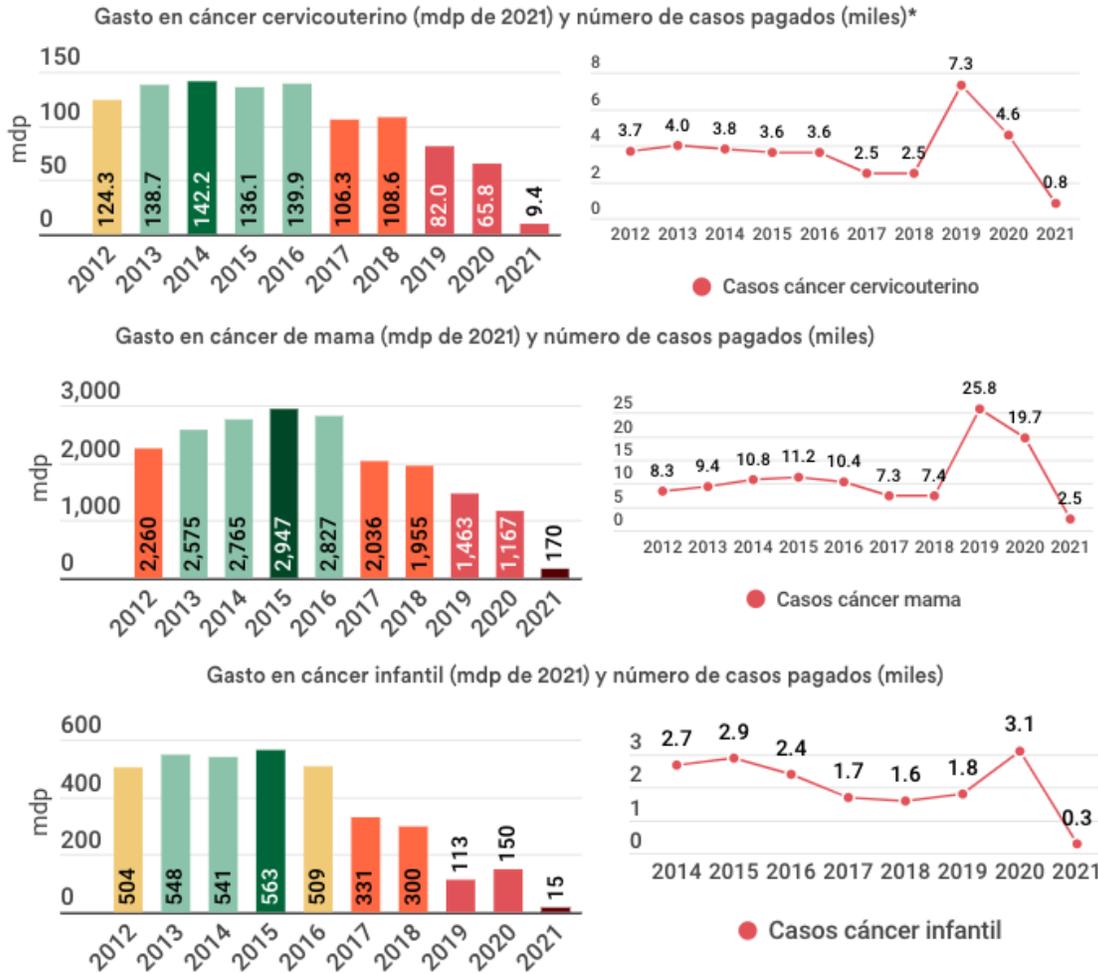


¹⁹ México Evalúa. 2023. El ocaso del INSABI. Recuperado de [https://www.mexicoevalua.org/el-ocaso-del-insabi/#:~:text=De%20enero%20a%20septiembre%20de,\)%2C%20como%20lo%20hemos%20detallado.](https://www.mexicoevalua.org/el-ocaso-del-insabi/#:~:text=De%20enero%20a%20septiembre%20de,)%2C%20como%20lo%20hemos%20detallado.)

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 esta 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:

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

PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE SEGURO UNIVERSAL EN SALUD

Único.- Se **reforma** la fracción III Bis del artículo 3, la fracción II del artículo 7, el artículo 19, las fracciones IV, VII y XI del artículo 21, el artículo 28, el artículo 29, el artículo 36, el Título Tercero Bis, el artículo 77 Bis 1, el artículo 77 Bis 2, el artículo 77 Bis 3, el artículo 77 Bis 4, los incisos A y B del artículo 77 Bis 5, el artículo 77 Bis 6, el capítulo II, III, IV y X del Título Tercero Bis, el artículo 77 Bis 7, el artículo 77 Bis 8, el artículo 77 Bis 9, el artículo 77 Bis 10, el artículo 77 Bis 11, el artículo 77 Bis 12, el artículo 77 Bis 13, el artículo 77 Bis 14, el artículo 77 Bis 15, el artículo 77 Bis 16, el artículo 77 Bis 17, la fracción III del artículo 77 Bis 29, el artículo 77 Bis 30, los incisos A, B y C del artículo 77 Bis 31, la fracción II del artículo 77 Bis 32, el artículo 77 Bis 33, el artículo 77 Bis 34, las fracciones I, IV, V, VII, XI, XIII, XV del artículo 77 Bis 35, el artículo 77 Bis 36, las fracciones I, II, IV, VI, XIV y XV del artículo 77 Bis 37, las fracciones II, VII, XI del artículo 77 Bis 38; se **adiciona** los capítulos V y VIII, el artículo 77 Bis 21, el artículo 77 Bis 22, el artículo 77 Bis 23, el artículo 77 Bis 24, el artículo 77 Bis 25, el artículo 77 Bis 26, el artículo 77 Bis 27 y el artículo 77 Bis 28, las fracciones I y II del artículo 77 Bis 39, y las fracciones I, II, III del artículo 77 Bis 40 y el artículo 77 Bis 41; y se **derogan** los artículos 77 Bis A, 77 Bis 42, 77 Bis 43, 77 Bis 44, 77 Bis 45, 77 Bis 46 y el capítulo XI, de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

I. a II. ...

II Bis. La prestación de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social **a través del seguro universal en salud.**

...

III. a XXVIII. ...

Artículo 7o.- - La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

I. ...

II. Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen;

II Bis. a XV. ...

Artículo 19.- La Federación y los gobiernos de las entidades federativas, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, aportarán los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de los servicios de salubridad general, que queden comprendidos en los acuerdos de coordinación que al efecto se celebren, de conformidad con el artículo anterior.

Los recursos que aporten las partes quedarán expresamente afectos a los fines del acuerdo respectivo y sujetos al régimen legal que les corresponda. La gestión de los mismos **quedará a cargo de la estructura administrativa que establezcan, coordinadamente, la Federación y los gobiernos de las entidades federativas.**

Artículo 20.- Las estructuras administrativas a que se refiere el segundo párrafo del artículo 19 de esta Ley, se ajustarán a las siguientes bases:

I. **Se regirán por las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables, y por las previsiones de los acuerdos de coordinación que se celebren;**

II. **Se establecerán coordinadamente entre la Federación, por conducto de la Secretaría de Salud, y los gobiernos de las entidades federativas;**

III. Podrán tener personalidad jurídica y patrimonio propios y funciones de autoridad, en su caso, de conformidad con los instrumentos legales de creación;

IV. Contarán con un consejo interno, que será presidido por el titular del ejecutivo local, cuando así se convenga;

V. Los titulares de las estructuras administrativas serán designados por el Secretario de Salud, a propuesta de los ejecutivos locales, y deberán tener preferentemente experiencia en salud pública;

VI. Tendrán a su cargo la administración de los recursos que aporten las partes, con sujeción al régimen legal que les corresponda;

VII. Promoverán y vigilarán la aplicación de principios, Normas Oficiales Mexicanas y procedimientos uniformes;

VIII. Tendrán participación representantes de los usuarios, así como de los trabajadores al servicio de estas estructuras, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan, y

IX. Las demás que se incluyan en los acuerdos de coordinación que se celebren.

Artículo 21.- - Los acuerdos de coordinación que se celebren se sujetarán a las siguientes bases:

I. a III. ...

IV. Establecerán las estructuras administrativas a que se refiere el artículo 19 de esta Ley, determinando sus modalidades orgánicas y funcionales;

V. a VI. ...

VII. Establecerán los mecanismos de financiamiento disponibles cuando el servicio requerido no se encuentre dentro del catálogo de servicios de

salud cubiertos por el Seguro Universal en Salud, dicho mecanismos deberán incluir cuotas de recuperación;

VIII. a X. ...

XI. Indicarán el procedimiento para la resolución de las controversias que, en su caso, se susciten con relación al cumplimiento y ejecución del acuerdo, con sujeción a las disposiciones legales aplicables, y

XII. ...

Artículo 28.- - Para los efectos del artículo anterior, habrá un Compendio Nacional de Insumos para la Salud, elaborado por el Consejo de Salubridad General, al cual se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y en el que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud, que hayan aprobado su seguridad, calidad y eficacia terapéutica, en términos de lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Participarán en la elaboración del Compendio Nacional de Insumos para la Salud, **la Secretaría de Salud** y las instituciones públicas de seguridad social, así como las demás que señale el Ejecutivo Federal.

...

Artículo 29.- Del Compendio Nacional de Insumos para la Salud, **la Secretaría de Salud**, determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, para otorgar, en el ámbito de su competencia, la prestación de servicios de salud a la población.

Artículo 36.- Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, **que no se encuentren dentro del catálogo de servicios de salud cubiertos por el Seguro Universal en Salud**, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas.

Para la determinación de las cuotas de recuperación **para acceder a servicios de salud no cubiertos por el Seguro Universal en Salud** se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario.

...

...

...

TÍTULO TERCERO BIS

De la prestación de servicios de salud para las personas sin seguridad social.

Artículo 77 bis 1.- Todas las personas **de nacionalidad mexicana** que no cuenten con seguridad social tienen derecho a **ser asegurados por el Seguro Universal en Salud con el fin de acceder a los servicios de salud**, al momento de requerir la atención, sin discriminación alguna y sin importar su condición social, de conformidad con los artículos 1o. y 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El Seguro Universal en Salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Contemplando, como mínimo, los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el

segundo nivel de atención. Así como los servicios médicos de alta especialidad relacionados con los cuidados intensivos, los cánceres y las enfermedades metabólicas.

Artículo 77 bis 2.- Para los efectos de este Título, se entenderá por prestación de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, al conjunto de acciones que en esta materia **financie el Seguro Universal en Salud.**

La Secretaría de Salud, en coordinación con las dependencias y entidades **de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado** que conforman el **Sistema Nacional de Salud**, planeará, organizará y orientará las acciones para la prestación de los servicios de salud que requieran las personas sin seguridad social.

Artículo 77 bis 3.- Las personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, serán asegurados por el Seguro Universal en Salud.

Artículo 77 bis 4.- La unidad de protección del Seguro Universal en Salud será la persona quien deberá solicitar su aseguramiento en los términos que establezca la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud.

La solicitud de aseguramiento de los menores de dieciocho años deberá ser realizada por el padre, madre o tutor, en los términos que establezca la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud.

Artículo 77 bis 5. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en la ejecución de la prestación de **los** servicios de salud para las personas sin seguridad social quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:

- I. Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los Sistemas Estatales de Salud, para lo cual formulará el plan estratégico de homologación de la calidad de los servicios de salud que brinden los Sistemas Estatales de Salud y aplicará, en su caso, las medidas correctivas que sean necesarias, tomando en consideración la opinión de los estados y de la Ciudad de México, a través de la Comisión a que se refiere el artículo 77 Bis 33 de esta Ley;**
- II. Proveer servicios de salud de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para el efecto;**
- III. En su función rectora constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios a que se refiere las fracciones I y III del artículo 77 Bis 29;**
- IV. Transferir con puntualidad a los estados y a la Ciudad de México las aportaciones que le correspondan para la operación de los Sistema Estatales de Salud, en los términos del Capítulo III de este Título;**
- V. Elaborar el modelo y promover la formalización de los acuerdos de coordinación a que se refiere el artículo 77 Bis 6 de esta Ley;**
- VI. Establecer el esquema de cuotas de recuperación que deberán cubrir los asegurados del Seguro Universal en Salud, a las que hace referencia el artículo 77 bis 21 de esta Ley, las cuales tendrán un incremento máximo anualizado de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor;**
- VII. Diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizarán en la operación de los Sistemas Estatales de Salud;**

VIII. Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago de los beneficiarios para efectos del esquema de cuotas de recuperación a que se refiere el artículo 77 Bis 21 de esta Ley, en los estados y en la Ciudad de México;

IX. Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de asegurados por el Seguro Universal en Salud, garantizando que este sea compatible, funcional e interoperable entre los diversos subsistemas de salud a fin de consolidar el intercambio de información en salud;

X. Solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de asegurados del Seguro Universal en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica;

XI. Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban los estados y la Ciudad de México entre sí y con las instituciones del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios;

XII. A los efectos de intercambiar información y comprobar la situación de aseguramiento, suscribir los convenios oportunos con las entidades públicas de seguridad social;

XIII. Tutelar los derechos de los asegurados del Seguro Universal en Salud;

XIV. Definir los requerimientos para que las unidades médicas pertenezcan a la Red de Prestadores de Servicios del Seguro Universal en Salud;

XV. Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, la Ciudad de México, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud, y

XVI. Evaluar el desempeño de los Sistemas Estatales de Salud y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento.

B) Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales:

I. Proveer los servicios de salud en los términos de este Título, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad;

II. Identificar e incorporar asegurados al Seguro Universal en Salud, para lo cual ejercerá actividades de difusión y promoción, así como las correspondientes al proceso de incorporación, incluyendo la integración, administración y actualización del padrón de asegurados en su entidad, conforme a los lineamientos establecidos para tal efecto por la Secretaría de Salud;

III. Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias, para la ejecución de las acciones de prestación de los servicios de salud, en función de los acuerdos de coordinación que para el efecto se celebren;

IV. Programar, de los recursos a que se refiere el Capítulo III de este Título, aquellos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa, en congruencia con el plan maestro que se elabore a nivel nacional por la Secretaría de Salud;

V. Realizar el seguimiento operativo de las acciones de su Sistema Estatal de Salud y la evaluación de su impacto, proveyendo a la Federación la información que para el efecto le solicite;

VI. Adoptar esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen la administración de servicios y registros clínicos, alienten la certificación de su personal y promuevan la certificación de establecimientos de atención médica; para tal efecto podrán celebrar convenios entre sí y con instituciones del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios, en términos de las disposiciones y lineamientos aplicables;

VII. Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto, y

VIII. Promover la participación de los municipios en los Sistemas Estatales de Salud y sus aportaciones económicas mediante la suscripción de convenios, de conformidad con la legislación estatal aplicable.

Artículo 77 bis 6.- El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y los gobiernos de las entidades federativas celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución del Seguro Universal en Salud. Para esos efectos, la Secretaría de Salud establecerá el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, en los cuales se determinarán, entre otros, los conceptos de gasto, el destino de los recursos, los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del Seguro Universal en Salud.

Capítulo II

De los Beneficios del Seguro Universal en Salud

Artículo 77 bis 7.- Gozarán de los beneficios del Seguro Universal en Salud las personas que satisfagan los siguientes requisitos:

I. Ser residentes en el territorio nacional;

II. No ser derechohabientes de la seguridad social;

III. Contar con Clave Única de Registro de Población; y

IV. Cubrir las cuotas de recuperación correspondientes, en los términos establecidos por el artículo 77 Bis 21 de esta Ley, y

V. Cumplir con las obligaciones establecidas en este Título.

Artículo 77 bis 8.- Se considerarán como asegurados del Seguro Universal en Salud a las personas a que se refieren los artículos 77 Bis 3 y 77 Bis 4 de esta Ley que satisfagan los requisitos del artículo anterior, previa solicitud de incorporación.

Artículo 77 bis 9.- Para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los asegurados del Seguro Universal en Salud. Dichos requerimientos garantizarán que los prestadores de servicios cumplan con las obligaciones impuestas en este Título.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán las acciones necesarias para que las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud integrantes de la Red de Prestadores de Servicios del Seguro Universal en Salud provean como mínimo los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, de acuerdo al nivel de atención, y acrediten previamente su calidad. Así como los servicios médicos de alta especialidad relacionados con los cuidados intensivos, los cánceres y las enfermedades metabólicas.

La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes:

- I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud;**
- II. Aplicación de exámenes preventivos;**
- III. Programación de citas para consultas;**
- IV. Atención personalizada;**
- V. Integración de expedientes clínicos, y expedientes clínicos electrónicos, a fin de que sean compatibles en las distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud;**
- VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia;**
- VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos, y**
- VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.**

Artículo 77 bis 10.- Los Sistemas Estatales de Salud proveerán de manera integral los servicios de salud y los medicamentos asociados, sin exigir cuotas distintas a las establecidas en el Capítulo V de este Título, siempre que los asegurados cumplan con sus obligaciones.

Con la finalidad de fortalecer el mantenimiento y desarrollo de unidad de infraestructura en salud, los Sistemas Estatales de Salud, a partir de las transferencias que reciban en los términos de este Título, deberán destinar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica, de conformidad con el plan maestro que para el efecto elabore la Secretaría de Salud.

Capítulo III

Del financiamiento del Seguro Universal en Salud

Artículo 77 bis 11.- El Seguro Universal en Salud será financiado de manera solidaria por la Federación, los Estados y la Ciudad de México en los términos de este Capítulo y el Capítulo V.

Artículo 77 bis 12.- El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada persona asegurada por el Seguro Universal en Salud la cual será equivalente a 15 veces la Unidad de Medida y Actualización (UMA) diaria vigente.

Artículo 77 bis 13.- Para sustentar el Seguro Universal en Salud, el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas efectuarán aportaciones solidarias por persona asegurada conforme a los siguientes criterios:

I. La aportación mínima de los estados y la Ciudad de México por persona será equivalente a la mitad de la cuota social que se determine con base en el artículo anterior, y

II. La aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha aportación deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social que se fija en el artículo anterior.

La fórmula a que hace referencia la fracción II de este artículo incorporará criterios compensatorios con base en el perfil de las necesidades de salud, la aportación económica estatal y el desempeño de los servicios estatales de salud.

La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas para establecer cada uno de los criterios compensatorios y determinará el peso que tendrá cada uno de ellos en la asignación por fórmula. Asimismo, proporcionará la información de las variables utilizadas para el cálculo.

Los términos bajo los cuales se hará efectiva la concurrencia del Gobierno Federal y estatal para cubrir la aportación solidaria se establecerán en los acuerdos de coordinación a que hace referencia el artículo 77 Bis 6 de la Ley.

Artículo 77 bis 14.- Cualquier aportación adicional a la establecida en el artículo anterior de los gobiernos de las entidades federativas para las **acciones de prestación de servicios de salud a las personas sin seguridad social, tendrán que canalizarse directamente a través de las estructuras de los servicios estatales de salud.**

Artículo 77 bis 15.- El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de las entidades federativas los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en los padrones de las personas aseguradas, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, validados por la Secretaría de Salud.

Artículo 77 bis 16.- Los recursos de carácter federal a que se refiere el presente Título, que se transfieran a los estados y a la Ciudad de México no serán embargables, ni los gobiernos de las entidades federativas podrán, bajo ninguna circunstancia, gravarlos, afectarlos en garantía, ni destinarlos a fines distintos a los expresamente previstos en el mismo. La transferencia de estos recursos en cada año fiscal estarán sujetos a los resultados de las auditorías, opiniones y verificaciones ciudadanas que para tal efecto se establezcan en los acuerdos de colaboración entre la Federación y las entidades federativas.

Dichos recursos se administrarán y ejercerán por los gobiernos de las entidades federativas conforme a sus propias Leyes y con base en los acuerdos de coordinación que se celebren para el efecto. Los gobiernos de las entidades federativas deberán registrar estos recursos como ingresos propios destinados específicamente a los fines establecidos en el presente Título.

El control y supervisión del manejo de los recursos a que se refiere este Capítulo se realizará conforme a los términos establecidos en el Capítulo VII de este Título.

Artículo 77 bis 16 A.- Se deroga

Artículo 77 bis 17.- De la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 de esta Ley, la Secretaría de Salud canalizará anualmente al Fondo a que hace referencia el Capítulo VI de este título, el 9 % a la fracción I del artículo 77 bis 29 y el 2 % a la fracción II del artículo 77 bis 29.

Adicional a la canalización de dichos recursos, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público deberá destinar el 5% de la recaudación del Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios en los bienes señalados en los incisos A, B, C, F, G y J de la fracción I del artículo 2o. de la Ley del Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios a la subcuenta creada para los fines a que hace referencia el artículo 77 bis 29 de esta Ley.

Capítulo V

De las Cuotas de recuperación

Artículo 77 bis 21.- Las cuotas de recuperación serán aplicables, únicamente, para financiar aquellos servicios de salud que no se encuentren dentro del catálogo de servicios de salud cubiertos por el Seguro Universal en Salud. Estas serán determinadas con base en las condiciones socioeconómicas de la persona, las cuales deberán cubrirse en la forma y fechas que determine la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud.

Artículo 77 bis 22.- Las cuotas de recuperación se recibirán, administrarán y aplicarán conforme a las disposiciones de esta Ley y serán destinadas específicamente para cubrir el costo del servicio de salud no incluido dentro del catálogo de servicios de salud cubiertos por el Seguro Universal en Salud.

Artículo 77 bis 23.- Las cuotas de recuperación, que en su caso se establezcan, serán recibidas, administradas y ejercidas por la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud, conforme a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 22.

Artículo 77 bis 24.- La Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud deberá presentar a la Secretaría de Salud, conforme a los lineamientos que la misma establezca, los informes que sean necesarios respecto del destino y manejo de las cuotas de recuperación.

Artículo 77 bis 25.- Los niveles de las cuotas de recuperación podrán ser revisados anualmente tomando como base la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Artículo 77 bis 26.- El nivel de ingreso o la carencia de éste, no podrán ser limitantes para el acceso al aseguramiento por parte del Seguro Universal en Salud.

Artículo 77 bis 27.- Las cuotas de recuperación no serán objeto de devolución bajo ninguna circunstancia, ni podrán aplicarse a años subsecuentes en el caso de suspensión temporal de los beneficios brindados por el Seguro Universal en Salud.

Capítulo VI

Del Fondo de **Aseguramiento Universal en Salud**

Artículo 77 bis 29.- El Fondo de **Aseguramiento Universal en Salud**, es un fideicomiso público sin estructura orgánica, constituido en términos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria en una institución de banca de desarrollo, en el que **la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud** funge como fideicomitente, y que tiene como fin destinar los recursos que integran su patrimonio a:

I. La atención de enfermedades que impliquen un alto costo en los tratamientos y medicamentos asociados, así como **para el pago de servicios de salud brindados por las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud integrantes de la Red de Prestadores de Servicios del Seguro Universal en Salud; y**

II. ...

III. Se deroga

Para efectos de lo anterior y mayor transparencia de los recursos, el Fideicomiso contará con una subcuenta para cada uno de los fines señalados y las reglas de dichas subcuentas deberán ser determinadas en las reglas de operación del Fondo.

Para efectos de este Título, se considerarán gastos catastróficos a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, pago, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.

Artículo 77 bis 30.- Los recursos para financiar las necesidades de infraestructura médica, **previstas en la fracción II del artículo 77 Bis 29 de esta ley**, se sujetarán a lo previsto en las disposiciones reglamentarias y en las reglas de operación del fondo a que se refiere el presente Título. Tratándose de alta especialidad, la Secretaría de Salud, mediante un estudio técnico, determinará aquellas unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que por sus características y ubicación puedan ser reconocidas como centros regionales de alta especialidad o la construcción, de nueva infraestructura

con el mismo propósito, que provean sus servicios en las zonas que determine la propia dependencia.

Para la determinación a que se refiere el párrafo anterior, la Secretaría de Salud tomará en cuenta los patrones observados de referencia y contrarreferencia que deriven de la **información** sobre las necesidades de atención de alta especialidad, le reporten de manera anual los sistemas de información básica que otorguen los servicios estatales de salud o, en su caso, las dependencias o entidades de la Administración Pública Federal que asuman la responsabilidad de la prestación de los servicios **de salud** a que se refiere el presente Título.

...

Con la finalidad de racionalizar la inversión en infraestructura de salud, considerando tanto obra como equipamiento y garantizar la disponibilidad de recursos para la operación sustentable de los servicios, la Secretaría de Salud emitirá un plan maestro nacional al cual se sujetarán las instituciones públicas de salud que brinden servicios de salud para las personas sin seguridad social, cuando la fuente de financiamiento sean recursos federales.

...

Capítulo VII

De la transparencia, supervisión, control y fiscalización del manejo destinados a la prestación de servicios de salud **para** las personas sin seguridad social.

Artículo 77 bis 31. Los recursos destinados a la prestación de servicios de salud **para las personas sin seguridad social**, en los términos del presente Título estarán sujetos a lo siguiente:

A) Las entidades federativas, la Secretaría de Salud y **la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud**, en el ámbito de sus respectivas competencias,

dispondrán lo necesario para transparentar su gestión de conformidad con las normas aplicables en materia de acceso y transparencia a la información pública.

Para estos efectos, tanto la Federación, a través de la Secretaría de Salud y **la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud**, como los gobiernos de las entidades federativas, a través de los servicios estatales de salud, difundirán toda la información que tengan disponible respecto de universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero de los recursos destinados para el acceso a los servicios de salud **para la población sin seguridad social**, entre otros aspectos, con la finalidad de favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos.

Asimismo, los gobiernos de las entidades federativas dispondrán lo necesario para recibir y evaluar las propuestas que le formulen los **asegurados** y tendrán la obligación de difundir, con toda oportunidad, la información que sea necesaria respecto del manejo de los recursos correspondientes.

B) Para efectos del presente Título, la supervisión tendrá por objeto verificar el cumplimiento de las acciones que se provean para el cumplimiento de la presente Ley, así como solicitar en su caso, la aclaración o corrección de la acción en el momento en que se verifican, para lo cual se podrá solicitar la información que corresponda. Estas actividades quedan bajo la responsabilidad en el ámbito federal, de la Secretaría de Salud y, en su caso, de **la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud**, y en el local, de los gobiernos de las entidades federativas, sin que ello pueda implicar limitaciones, ni restricciones, de cualquier índole, en la administración y ejercicio de dichos recursos.

C) Además de lo dispuesto en esta Ley y en otros ordenamientos, las entidades federativas y, en su caso, la Secretaría de Salud y **la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud**, en el ámbito de sus respectivas competencias, deberán presentar la información a que se refiere el artículo 74 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

La Secretaría de Salud dará a conocer al Congreso de la Unión semestralmente, de manera pormenorizada, la información y las acciones que se desarrollen con base en este artículo.

Artículo 77 bis 32.- El control y la fiscalización del manejo de los recursos federales que sean transferidos para la realización de las acciones a que se refiere este Título quedarán a cargo de las autoridades siguientes, en las etapas que se indican:

I. ...

II. ...

...

En el caso de que **el financiamiento** de los servicios a que se refiere el presente Título sea realizada por la Secretaría de Salud o alguna entidad de su sector coordinado, o bien, por cualquiera otra entidad, corresponderá a la Secretaría de la Función Pública;

III. a IV. ...

...

...

...

Capítulo VIII

De la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud

Artículo 77 bis 33.- Se constituye la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud como máximo órgano de decisión de las acciones de la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud.

Artículo 77 bis 34.- La Junta de Gobierno de la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud estará integrado por los titulares de la Secretarías de

Salud, quien lo presidirá y tendrá voto de calidad, de Bienestar y de Hacienda y Crédito Público; por los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; por el Secretario del Consejo de Salubridad General; y por los titulares de los servicios estatales de salud de cinco entidades federativas, que representen a las distintas regiones del país, a invitación del Secretario de Salud, cuya participación se rotará conforme lo disponga el reglamento de operación de este Consejo.

Asimismo, será invitado a las sesiones de la Junta de Gobierno un representante del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud. La Junta de Gobierno de la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud ejercerá las atribuciones que le otorgue su reglamento interior, que será expedido por el Titular del Ejecutivo Federal, en el cual establecerá, asimismo, las reglas para su organización y funcionamiento.

Artículo 77 bis 35.- La Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud se constituye, como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con la estructura y funciones que le asigne su reglamento interno. El titular de la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud será designado por el Presidente de la República a propuesta del Secretario de Salud, previa opinión de los miembros de la Junta de Gobierno a la que se refiere este Capítulo, que dispondrá para su operación de los recursos que le asigne la Federación.

La Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud se regirá por esta Ley, y demás normatividad aplicable.

Para el cumplimiento de su objeto, la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud tendrá, entre otras, las funciones siguientes:

I. Financiar los servicios de salud a las personas sin seguridad social, de conformidad con los instrumentos jurídicos que al efecto suscriba con las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud;

II. Celebrar y proponer convenios y demás instrumentos jurídicos de coordinación y colaboración con las instituciones **del Sistema Nacional de Salud**, entidades federativas y municipios, para asegurar el cumplimiento de su objeto;

III. ...

IV. Proponer, en su caso, a la Secretaría de Salud, adecuaciones a la normatividad reglamentaria que resulten necesarias en materia de **prestación de servicios de salud**;

V. Impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud, la implementación de redes integradas de servicios de salud en las que participen todas las instituciones públicas de salud, federales o locales, que confluyan en una zona, a fin de garantizar **la prestación de servicios de salud**, así como la continuidad de la misma;

VI. ...

VII. Supervisar que en las unidades médicas **a cargo de la Secretaría de Salud y los sistemas estatales de salud**, se cuente de manera permanente con el personal profesional, auxiliar y técnico para la salud necesario para la prestación de los servicios, con especial énfasis en las comunidades marginadas.

...

VIII. a IX.

X. Emitir la póliza del Seguro Universal en Salud que asegura el acceso a los **beneficios descritos en este Título**;

XI. Supervisar que los sistemas estatales de salud cuenten con la suficiente plantilla de trabajadores que participan en la prestación de los servicios a que se refiere el presente Título, y **coadyuvar**, conforme a lo que se establezca en las disposiciones reglamentarias, **a que los sistemas estatales de salud incrementen los recursos humanos necesarios para la prestación de los servicios de salud**.

XII. ...

XIII. En los casos en que no haya concurrencia con los gobiernos de las entidades federativas, transferirá a las entidades federativas correspondientes con oportunidad y cuando así sea procedente, los recursos que les correspondan **para la prestación de servicios de salud para las personas sin seguridad social**, de conformidad con los lineamientos o las reglas de operación que para el efecto se expidan;

XIV. ...

XV. Gestionar, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, centros de mezcla que provean a las unidades médicas a cargo **de la Secretaría de Salud y de los sistemas estatales de salud**, las mezclas parenterales, nutricionales y medicamentosas que se requieran para la atención de los beneficiarios de los servicios a que se refiere el presente Título.

XVI. a XVII. ...

Capítulo IX

Derechos y Obligaciones de los **Asegurados**

Artículo 77 bis 36.- Los asegurados del Seguro Universal en Salud tienen derecho a recibir sin ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas integrantes de la Red de Prestadores de Servicios del Seguro Universal en Salud.

Artículo 77 bis 37.- Los asegurados del Seguro Universal en Salud tendrán además, los siguientes derechos:

I. Recibir servicios integrales de salud;

II. Acceso igualitario a la atención;

III. ...

IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud;

V. ...

VI. Conocer el informe anual de gestión de la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud;

VII. Contar con su expediente clínico, y expedientes clínicos electrónicos,

VIII. a XIII. ...

XIV. Presentar quejas ante la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas.

XV. Se deroga

XVI. ...

Artículo 77 bis 38.- Los asegurados del Seguro Universal en Salud tendrán las siguientes obligaciones:

I. ...

II. Hacer uso de la póliza que los acredite como asegurados como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios de salud;

III. a VI. ...

VII. Participar en las acciones de salud preventiva y de promoción de la salud que establezca la Comisión Nacional del Seguro Universal;

VIII. a X ...

XI. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al **Seguro Universal en Salud y para la definición, en su caso, del monto a pagar por concepto de cuotas de recuperación a las que hace referencia el artículo 77 bis 21 de esta Ley.**

Capítulo X

Suspensión del Seguro Universal en Salud

Artículo 77 bis 39.- La cobertura del Seguro Universal en Salud será suspendido de manera temporal cuando la persona asegurada se incorpore a alguna institución de seguridad social federal o estatal.

Artículo 77 bis 40.- Se cancelará la cobertura del Seguro Universal en Salud, a quien:

- I. Realice acciones en perjuicio de los propósitos que persigue el Seguro Universal en Salud, **o afecte los intereses de terceros;**
- II. Haga mal uso de la identificación que se le haya expedido como **asegurado**, y
- III. Proporcione información falsa **sobre** su condición laboral o de beneficiario de la seguridad social.

En la aplicación de este artículo la Secretaría de Salud tomará como base la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y demás disposiciones aplicables.

Artículo 77 bis 41.- En los casos en que se materialicen los supuestos a que se refiere este Capítulo, los interesados conservarán los beneficios del Seguro Universal en Salud hasta por un plazo de sesenta días naturales a partir de la fecha de la suspensión o cancelación. Habiendo transcurrido este plazo, podrán acceder a los servicios de salud disponibles en los términos y condiciones que establece esta Ley.

Capítulo XI Se deroga

Artículo 77 bis 42.- Se deroga

Artículo 77 bis 43.- Se deroga

Artículo 77 bis 44.- Se deroga

Artículo 77 bis 45.- Se deroga

Artículo 77 bis 46.- Se deroga

Transitorios

Primero. El presente Decreto entrará en vigor el 1o. de enero de 2025, excepto por lo que se establece en los artículos Sexto, Octavo, Noveno y Décimo transitorios.

Segundo. El Ejecutivo Federal deberá emitir las disposiciones reglamentarias que permitan proveer en la esfera administrativa lo previsto en el presente Decreto, dentro de los 180 días siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto.

En el mismo plazo, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud deberá ser modificado a fin adecuarlo a lo previsto en el presente Decreto.

Una vez cumplido lo anterior, las disposiciones que se opongan al mismo estarán derogadas.

Tercero. Los recursos humanos, financieros y materiales con que cuente el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar serán transferidos a la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud, en términos de las disposiciones aplicables.

El titular de la Unidad de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud será responsable del proceso de transferencia de los recursos a que se refiere este transitorio, por lo que proveerá y acordará lo necesario para tal efecto, sin perjuicio de las atribuciones que corresponden a otras dependencias de la Administración Pública Federal.

Las secretarías de Hacienda y Crédito Público y de la Función Pública emitirán, en sus respectivos ámbitos de competencia, los lineamientos y disposiciones de carácter general que sean necesarios para la transferencia de los recursos humanos, financieros y materiales y la debida ejecución de lo dispuesto en este artículo.

Cuarto. Los derechos laborales del personal que en virtud de lo dispuesto en el presente Decreto cambie de adscripción, se respetarán conforme a la Ley de la materia.

Quinto. Los asuntos que se encuentren en trámite a la entrada en vigor del presente Decreto serán concluidos por las unidades administrativas responsables de los mismos, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables y de conformidad con lo previsto en el presente Decreto.

Sexto. Las modificaciones al Capítulo VIII del Título Tercero Bis entrarán en vigor al día siguiente de la publicación del presente Decreto en el Diario Oficial de la Federación. La Junta de Gobierno de la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud se instalará en un periodo no mayor a los 30 días naturales siguientes.

La Junta de Gobierno de la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud emitirá el Estatuto Orgánico de la entidad, en un plazo no mayor a 60 días naturales contados a partir de su instalación.

Séptimo. Las entidades federativas tendrán un plazo de hasta 180 días naturales, contados a partir de la fecha de entrada en vigor del presente Decreto para armonizar sus Leyes respectivas y demás disposiciones normativas vigentes en la materia.

Octavo. Durante el ejercicio fiscal 2023, los gobiernos de las entidades federativas y el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar continuarán prestando los servicios de atención médica a que se refiere el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud con los recursos asignados para dicho ejercicio fiscal.

Para tales efectos, los gobiernos locales podrán ejercer los recursos correspondientes al ejercicio fiscal 2023 a través de la totalidad de las unidades médicas de sus redes de servicios de salud.

Noveno. Para efectos de lo previsto en el artículo 77 bis 9 de este Decreto, los dictámenes de acreditación expedidos antes de su entrada en vigor, permanecerán vigentes hasta la fecha establecida en los mismos.

Décimo. A partir del día siguiente de la publicación del presente Decreto en el Diario Oficial de la Federación, la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud deberá llevar a cabo los actos necesarios para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 77 bis 29 de la Ley, para lo cual, con la participación que, en su caso, corresponda a las secretarías de Hacienda y Crédito Público y de Salud, procederá a modificar el contrato del Fideicomiso Público Federal sin estructura orgánica denominado Fondo de Salud para el Bienestar. A partir de la celebración del convenio correspondiente, todas las referencias al Fideicomiso Público Federal sin estructura orgánica denominado Fondo de Salud para el Bienestar se entenderán hechas al Fondo de Aseguramiento Universal en Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, se instruye a la institución fiduciaria del Fideicomiso Público Federal sin estructura orgánica denominado Fondo de Salud para el Bienestar para que transfiera a la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud la totalidad del patrimonio de dicho Fideicomiso.

Las obligaciones asumidas previamente a la publicación del presente Decreto y las pendientes que se tengan con terceros con cargo al Fideicomiso Público Federal sin estructura orgánica denominado Fondo de Salud para el Bienestar, se continuarán atendiendo en términos de las disposiciones que lo regían.

Décimo Primero. Las personas que, a la entrada en vigor del presente Decreto cuenten con afiliación vigente al organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar, continuarán en pleno goce de los derechos que les correspondan.

Décimo Segundo. En un periodo de tres años contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto la Comisión Nacional del Seguro Universal en Salud deberá presentar al Congreso de la Unión un informe sobre los avances de sus objetivos.



Dip. Salomón Chertorivski Woldenberg
Movimiento Ciudadano



Dip Jorge Álvarez Máñez
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/>