



## **DOCUMENTOS DE TRABAJO**

**INSABI vs Seguro Popular:  
la ocurrencia frente a una  
década de resultados**

**805**

**Kalyope Rodríguez Magiras**

**Enero 2020**



# **INSABI vs Seguro Popular: la ocurrencia frente a una década de resultados.**

**Kalyope Rodríguez Magiras \***

Fundación Rafael Preciado Hernández A.C.

**Documento de Trabajo No. 805**

**Enero 2020**

Clasificación temática: Políticas Públicas  
Salud

## **Resumen**

La salud es uno de los derechos más importantes de entre los que se encuentran plasmados en la Constitución General. Consecuentemente, el Estado está obligado a garantizar su acceso. Durante el mes de noviembre de 2019, el Congreso Mexicano aprobó diversas modificaciones a la Ley General de Salud y a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, a partir de las cuales, se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, y desapareció el Seguro Popular. En el presente documento se realiza un análisis de su estructura; así como las serias deficiencias y consecuencias que implica su implementación carente de regulación.

---

\* La autora es Odontóloga con Maestría en Salud Pública y Administración de Hospitales, por la Universidad Autónoma de Coahuila y el Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública de la Ciudad de México, respectivamente. Es Secretaria Técnica de la Conferencia Permanente de Congresos Locales, COPECOL; y Asesora de la Comisión de Salud en el Senado de la República. Correo electrónico: [kalyrdz@gmail.com](mailto:kalyrdz@gmail.com). Las opiniones contenidas en este documento corresponden exclusivamente al autor y no representan necesariamente el punto de vista de la Fundación Rafael Preciado Hernández A.C.

## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>Justificación de la relevancia de la investigación</b>	<b>2</b>
<b>III.</b>	<b>Objetivos de la investigación</b>	<b>2</b>
<b>IV.</b>	<b>Planteamiento y delimitación del problema</b>	<b>3</b>
<b>V.</b>	<b>Marco teórico y conceptual de referencia</b>	<b>3</b>
<b>VI.</b>	<b>Formulación de hipótesis</b>	<b>10</b>
<b>VII.</b>	<b>Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis</b>	<b>10</b>
<b>VIII.</b>	<b>Conclusiones y nueva agenda de investigación</b>	<b>30</b>
<b>IX.</b>	<b>Bibliografía</b>	<b>32</b>

## **I. Introducción**

¿Qué significa tener derecho a la salud? El derecho a la salud es parte de las prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, sin la cual -o si no se lleva a cabo efectivamente- la persona no podría desarrollarse de manera integral; además es uno de los derechos humanos reconocido y plasmado en el marco normativo legal constitucional de México y en el internacional.

Como todos los derechos humanos, el derecho a la salud goza del principio de “inalienabilidad”, que significa que no debe eliminarse o suspenderse; también se fortalece bajo el principio de “progresividad” que quiere decir que el Estado debe garantizar su evolución, prohibiendo cualquier retroceso en lo que al acceso a la salud respecta, para que sea disfrutado de la manera más óptima por todos los mexicanos.

Dada la condición de derecho humano, los Estados – con base en el marco jurídico nacional e internacional – tienen la obligación de garantizar la salud y tomar las medidas que consideren necesarias para protegerlos y hacerlos efectivos; asimismo, es claro e indiscutible que todo retroceso estaría estrictamente prohibido.

Con base en lo anterior, el presente documento pretende hacer una breve introspección sobre el derecho a la salud, estableciendo las obligaciones del Estado Mexicano y su marco normativo, además de analizar algunas variables que ponen en duda la universalización, la gratuidad total de los servicios de salud, el establecimiento de criterios mínimos de seguridad en la atención médica, el acceso gratuito, efectivo, oportuno y de calidad a medicamentos e insumos; así como la asignación justa y adecuada de recursos económicos y la transparencia en la ejecución de los mismos. Por último, se analizarán las posibles consecuencias a partir de la entrada en vigor del Decreto<sup>1</sup> de creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), sus disposiciones y las problemáticas teóricas que se vislumbran para lograr su implementación.

---

<sup>1</sup> El Decreto de creación del INSABI, puede consultarse en la publicación del Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 2019 o en la siguiente liga: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019)

## **II. Justificación de la relevancia de la investigación**

El propósito de la presente investigación es analizar las consecuencias positivas o negativas tras la creación del INSABI como un factor decisivo para garantizar, o no, el derecho a la salud de los mexicanos; *per se*, una obligación del Estado Mexicano en el marco del derecho nacional e internacional.

Lo anterior debido a que los servicios de salud que provee el Estado mexicano son mucho más demandados por personas que al carecer un empleo formal, no son parte de la economía formal del país, carecen de seguridad social y muy posiblemente, pertenecen a un estrato social tristemente caracterizado por muchas carencias y por desigualdad de oportunidades. Son, por ende, quienes podrían resultar ser los más afectados.

En su caso, se pretende generar una alerta de los peligros o problemáticas a las que nos enfrentaremos para generar una alternativa de solución ante las fallas que ya se han estado presentado.

## **III. Objetivos de la investigación**

Realizar un análisis sobre los riesgos que genera la desaparición del Seguro Popular y del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, frente a la creación del INSABI y su Fondo de Salud para el Bienestar; identificando los principales elementos de su conformación, las inconsistencias para su implementación y las consecuencias fácticas que ya se han estado presentando y documentando.

Asimismo, se busca identificar el impacto y las posibles consecuencias de una implementación incorrecta en medio de un aparato de salud que presenta serias deficiencias y carencias.

#### **IV. Planteamiento y delimitación del problema**

¿Cómo va a funcionar el INSABI y cuáles son las consecuencias de su implementación entre los mexicanos tras la desaparición del Seguro Popular?

La respuesta a esta pregunta constituye el planteamiento del problema que se aborda en el presente documento, lo mismo que su delimitación.

#### **V. Marco teórico y conceptual de referencia**

El derecho a la Salud ha sido uno de los principales derechos reconocidos desde el siglo XVIII<sup>2</sup>. Hoy en día continúa estando dentro de las prerrogativas consideradas como derechos humanos que implica que son universales, interdependientes, indivisibles, pero sobre todo progresivos. Conforman parte de la base indispensable de derechos para la dignidad humana.

En el marco estrictamente jurídico, podemos encontrar que en la Constitución se encuentra garantizado dos veces, una de forma directa y otra de forma indirecta. Por una parte, el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (En adelante CPEUM) establece lo siguiente:

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.

---

<sup>2</sup> En aquel momento, los derechos se concibieron en tres grandes rubros: de primera, de segunda y de tercera generación. El segundo rubro establecía los derechos económicos, sociales y culturales que tenían en común el principio de igualdad y entre ellos, uno de los más relevantes era el derecho a la salud.

Por otra parte, el artículo 1° de la CPEUM<sup>3</sup> establece desde el 10 de junio de 2011, que todos los derechos contenidos en los Tratados Internacionales de los que México sea parte deben considerarse como parte de la propia Constitución<sup>4</sup>. En ese sentido, los derechos contenidos en los Tratados Internacionales deben considerarse derechos contenidos en la CPEUM:

**El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece lo siguiente:**

Artículo 10

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que:

1-2 ...

3. Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición. Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social. Su empleo en trabajos nocivos para su moral y *salud*, o en los cuales peligre su vida o se corra el riesgo de perjudicar su desarrollo normal, será sancionado por la ley. Los Estados deben establecer también límites de edad por debajo de los cuales quede prohibido y sancionado por la ley el empleo a sueldo de mano de obra infantil.

Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute *del más alto nivel posible de salud física y mental*.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

---

<sup>3</sup> “Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece”.

<sup>4</sup> Ese criterio fue sostenido por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia al resolver el expediente Varios 912/2010, al analizar las implicaciones de la Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos del Caso Radilla Pacheco.

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

**El Protocolo de San Salvador establece:**

Artículo 10

Derecho a la Salud

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
  - a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial  
puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
  - b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos  
a la jurisdicción del Estado;
  - c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
  - d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
  - e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
  - f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.



En el mismo sentido, se han sentado precedentes importantes sobre la obligación de Estado de garantizar la salud. Por ejemplo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido lo siguiente:

“Al respecto, esta Corte ya ha reconocido que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos, y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de *bienestar físico*, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral. El Tribunal ha precisado que la obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.”<sup>5</sup>

En el mismo sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación se ha pronunciado respecto al derecho a la salud:

DERECHO A LA SALUD. SU REGULACIÓN EN EL ARTÍCULO 4o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SU COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS. Este Alto Tribunal ha señalado que el derecho a la protección de la salud previsto en el citado precepto constitucional tiene, entre otras finalidades, la de garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población, y que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y

---

<sup>5</sup> Cfr. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 118.

de la colectividad. Así, lo anterior es compatible con varios instrumentos internacionales de derechos humanos, entre los que destacan el apartado 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que señala 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; el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que alude al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y refiere que los Estados deben adoptar medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho; y el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", según el cual toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. En ese sentido y en congruencia con lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y no sólo como el derecho a estar sano. Así, el derecho a la salud entraña libertades y derechos, entre las primeras, la relativa a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, torturas, tratamientos o experimentos médicos no consensuales; y entre los derechos, el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Asimismo, la protección del derecho a la salud incluye, entre otras, las obligaciones de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con ella; vigilar que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las

condiciones necesarias de educación y experiencia; de ahí que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. [Época: Novena Época Registro: 169316 Instancia: Primera Sala Tipo de Tesis: Aislada Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta Tomo XXVIII, Julio de 2008 Materia(s): Constitucional, Administrativa Tesis: 1a. LXV/2008 Página: 457 ]

Con base en lo anterior, es necesario aclarar que los derechos humanos se dividen en dos categorías: la primera está constituida por aquellos derechos que exigen la NO intervención del Estado, tal es el caso del derecho de libertad de prensa o la realización de mecanismos políticos como es el derecho al voto; en ambos casos el papel del Estado consiste en sancionar a aquellas personas que transgredan los derechos. Por otra parte, se encuentran los que en algún momento se denominaron derechos de segunda generación, que son económicos, sociales y culturales: salud, seguridad social, vivienda digna, etc. En esta segunda gama no existe una universalidad que los garantice, sino que dicha garantía depende directamente de la capacidad económica que el Estado tenga o disponga para cubrirlos.

En el marco internacional, en materia de derechos humanos, se han dictado sentencias en relación con el derecho a la salud que se consideran importantes en torno a la generalización de acceso que se prevé en la reforma que aquí se analiza:

- En el caso *Tibi vs. Ecuador* se determinó que el Estado tiene obligación de garantizar a integridad de los migrantes que tengan la calidad de detenidos, entre ellos el derecho a la salud, por su especial condición. Sin embargo, no tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud de todos los migrantes que se encuentren ilegalmente en su país.
- En el caso *comunidad indígena Sawhoyamaya vs. Paraguay* se estableció que debe darse bien un cuidado- protección especial a grupos vulnerables como niños, mujeres embarazadas y personas adultas mayores.
- En el caso *Vera Vera y otra vs. Ecuador*, se pronunció por el deber especial de brindar el acceso a la salud a personas detenidas por conductas penales ilícitas.

- En el caso Furlan y familiares vs. Argentina se responsabilizó al Estado porque al demorarse en el pago de una indemnización a Sebastian Furlan, de la que dependía su tratamiento, murió.
- En el Caso Suárez Peralta vs. Ecuador incluso se ha sostenido que la falta de supervisión del estado hacia los servicios de salud vulnera ese derecho.

En ese sentido, es posible observar que la Corte Interamericana ha dotado de contenido el concepto de derecho a la salud. Así, los Estados deben garantizar por lo menos los siguientes contenidos:

- El acceso a la salud a personas con la calidad de detenidos por temas penales o migratorios.
- Una especial protección a los grupos vulnerables (de su país): niños, mujeres embarazadas y personas adultas mayores.
- El acceso a la salud de niños y adultos en reclusión. En el caso de niños, tiene un doble deber de cuidado, el primero por ser niños y el segundo por estar en reclusión.
- La obligación de supervisión del Estado.

Como se puede observar, hasta ahora México ha seguido los lineamientos que se han establecido a nivel internacional al tratar el derecho a la salud no como una mera declaración sino como un derecho que debe ser garantizado. En ese mismo sentido, recientemente la propia Corte Mexicana señaló que “7 millones de personas en México padecen alguna enfermedad poco común, que requiere tratamiento costoso o difícil de conseguir... la Corte amparó a pacientes de hemofilia, menores de edad, para que el IMSS evalúe su estado de salud y les brinde el tratamiento que requieren”<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Amparo en Revisión 385/2016, sesionado 7 de diciembre de 2016.

## **VI. Formulación de hipótesis**

La reforma que desapareció al Seguro Popular y creó al INSABI, constituye un retroceso para el derecho humano de acceso a la salud, que tendrá altos costos de operación y sobre todo, serias afectaciones a los usuarios por su compleja implementación, su desordenado método de aplicación y las múltiples variables que propiciarán una fuente de corrupción.

En el caso de una posible falla grave, que no permita al Estado Mexicano la implementación por lo menos en los términos en los que se venía ejecutando el Seguro Popular, generaría graves consecuencias a la salud en los sectores más vulnerables de este país.

## **VII. Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis**

A continuación, se hará un análisis del contenido de la reforma del INSABI, iniciando con una descripción general las modificaciones más relevantes, para después determinar su posible impacto.

Los mensajes ante los medios de comunicación, la puesta en práctica de las estrategias y políticas emprendidas desde el Ejecutivo Federal, así como del partido en el poder en turno han comprometido de manera reiterada la gratuidad y la universalidad de los servicios de salud. En diciembre del año pasado diversos medios de comunicación difundieron la noticia de que a partir del 1° de enero de 2020, la salud sería gratuita para todos. Anuncio a todas luces falaz. El presidente Andrés Manuel se desdijo y el pasado 16 de enero sostuvo lo siguiente:

“El 1 de diciembre de este año (2020) va a estar funcionando el sistema de salud pública con normalidad, con servicio de calidad, atención médica y medicamentos gratuitos. Va a estar funcionando, ese es el propósito, como los servicios de salud que hay en otros países del mundo, como Dinamarca, a eso

aspiramos, como Canadá, como Reino Unido, es un desafío” Andrés Manuel López Obrador.

Es decir, se ha dado una nueva pauta para garantizar la puesta en ejecución de la “salud gratuita”. La afirmación genera serias dudas. ¿Qué puede cambiar si el alcance legislativo ya logrado por el grupo mayoritario en el Congreso no resolvió el desabasto de medicamentos, sino que lo acentuó, no consideró la emisión de una póliza y, además, eliminó de un plumazo el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos?, ¿Cómo ampliar la protección social en salud cuando muchos gobernadores de oposición ya anunciaron que no firmarán el convenio que está contenido en la ley y que está caracterizado por opacidad y por más opacidad?

El reto les quedó gigante. Quisieron confeccionar un sistema de salud a la medida y generaron más problemas que soluciones. Ya que “el gobierno se apresuró a eliminar el Seguro Popular y no publicó las reglas de operación, los ajustes a la normatividad, su plan de implementación, por lo que los primeros problemas surgieron con las clínicas y hospitales”.<sup>7</sup>

A continuación, se realizará un análisis de los aspectos más relevantes de la reforma a la Ley General de Salud que creó al INSABI, iniciando con una descripción general de su contenido, para después determinar su posible impacto

#### **i. La universalización del acceso a los servicios de salud**

En el artículo 2 reformado, la primera modificación que se establece es el acceso a la salud de “todas las personas” y no de los “mexicanos” a los servicios de salud, en general.

---

<sup>7</sup> Diego Badillo, 18 enero 2020 ¿Qué opinan los expertos sobre la desaparición del Seguro Popular y la creación del Insabi? <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Que-opinan-los-expertos-sobre-la-desaparicion-del-Seguro-Popular-y-la-creacion-del-Insabi-20200118-0003.html>

**Artículo 2.** El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados;

**Artículo 30.-** En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

I...

II bis. La prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social.

...

Por su parte, el artículo 77 al excluir algunos supuestos, incluye a todas las personas, sin distinguir si estas se encuentran de manera legal o ilegal en el país.

**Artículo 77 bis 7.-** Para ser beneficiario de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a que se refiere el presente Título, se deberán reunir los requisitos siguientes:

I. Ser personas que se encuentren en el territorio nacional;

II. No ser derechohabientes de la seguridad social, y

III. Contar con Clave Única de Registro de Población.

En caso de no contar con dicha clave, podrá presentarse acta de nacimiento, certificado de nacimiento o los documentos que se establezcan en las disposiciones reglamentarias;

En 2015, hace ya cinco años, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía contabilizó 119 millones 530 mil 753 habitantes en México. Y cuatro años después, según datos del periódico El Universal, en México existen 124.9 millones de personas.

Ahora bien, se realizó una búsqueda para determinar cuál es el costo de implementación y ejecución del Seguro Popular en el último año y a cuántas personas benefició. La fórmula para abastecerlo de recursos y ampliar la cobertura en salud funcionaba a partir de las siguientes aportaciones:

1. El Gobierno Federal asignaba aproximadamente \$2,800 pesos por persona afiliada.
2. El Gobierno estatal hacía una aportación solidaria de aproximadamente \$550 pesos por persona afiliada
3. Las cuotas individuales de los asegurados, de los cuales se excentaba a las personas de los estratos socioeconómicos más bajos.

Esta cantidad, se multiplicaba por los 50 millones de personas afiliadas al Seguro Popular para determinar el monto o la asignación para garantizar la cobertura y el derecho a la salud de quienes no contaban con seguridad social. Para garantizarlo, el afiliado contaba con una póliza, misma que desaparece junto con el Seguro Popular.

<b>Presupuesto de Egresos de la Federación</b>	
<b>Año</b>	<b>Monto Ramo 12</b>
<b>2017</b>	121,817,532,748
<b>2018</b>	122,557,337,320
<b>2019</b>	124,266,865,116
<b>2020</b>	128,589,314,373

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

A pesar del aumento de presupuesto asignado para 2020, de ninguna forma es suficiente para la atención de primer y segundo nivel para la cantidad de personas que se pretenden atender.

Es necesario e importante saber de qué se está hablando cuando se refiere al grado de atención que se puede otorgar en materia de salud, debido a que la única atención gratuita que garantiza el INSABI, es la del primero y segundo nivel, desamparando por completo la cobertura y la gratuidad en la atención del tercer nivel.

La atención de primer nivel es la que se brinda a la población en unidades que sólo dan consulta externa, se enfoca en la prevención de enfermedades. La atención de segundo nivel tiene cinco rubros: urgencias, medicina interna (que ya incluye terapia intensiva),



ginecología, pediatría, cirugía general y hospitalización; mientras que la del tercer nivel se brinda en hospitales e institutos nacionales que, enfocados a las subespecialidades médicas, incluye las cinco del segundo nivel y adicionalmente considera otras, como neurocirugía, cirugía pediátrica y oncología. Esto es importante porque en el segundo nivel se brinda atención como pediatría, pero NO cirugía pediátrica. Es decir, en enfermedades que requieren de una subespecialidad no se garantizaría la atención médica.

Otro ejemplo de la incongruencia que representa dejar de brindar atención en el tercer nivel es que los miles de niños con cáncer que hoy son atendidos con una póliza que puede extenderse hasta en 2025, quedan absolutamente desprotegidos y bajo el amparo de la incertidumbre. Lo mismo sucede con sus papás y sus familias que lidian diariamente con el sufrimiento de sus pequeños.

El Seguro Popular estaba destinado a brindar atención médica a los sectores más vulnerables de la población. El mecanismo para financiarlo incluía de manera subsidiaria, una cuota familiar compensatoria que dependía del nivel socioeconómico que las personas tuvieran; ahora se pretende que todos paguen lo mismo: nada. Pero en la operación sucede lo contrario, todos están pagando y, además, todos están pagando más que antes. Uno de los problemas radica en que no existen los suficientes recursos para atender a todos, ¿Cómo se dará prioridad en la atención?, ¿Cómo eficientarán los recursos asignados a la salud, cuando en vez de incrementarlos de manera considerable, solo incrementan marginalmente?

La universalización del acceso a servicios de salud integrales es para este gobierno, una asignatura pendiente.

## **ii. Gratuidad Total**

Es evidente que en la reforma publicada existen severas contradicciones. Una de las más graves es la gratuidad inmediata contra la progresiva universalización de los servicios de salud.

En efecto, la universalidad y gratuidad de los servicios de salud se contradice con diversos artículos como el siguiente:

**Artículo 26.-** Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán  *criterios de regionalización y de escalonamiento* de los servicios  *para lograr progresivamente la universalización* del acceso a servicios de salud integrales

En el apartado anterior e incluso en la publicidad oficial sobre la creación del INSABI se prevé una atención total y gratuita inmediata para todos. No sólo se habla de los comunicados del presidente que mientras dice una cosa, las Secretarías hacen otra. Pero en este caso, ambos se han pronunciado en el mismo sentido:



Tabla 2.

Fuente: Imagen obtenida del siguiente sitio de internet:

<https://www.gob.mx/insabi/documentos/insabi-brazo-operativo-del-sistema-de-salud?idiom=es>

La gratuidad total y los medicamentos garantizados para toda la población, son para este gobierno, una asignatura pendiente.

### iii. Centralización del Sistema de Salud

El artículo 4° de la CPEUM establece el derecho que tienen todas las personas a la protección de la salud conforme a lo que establezca la Ley y la concurrencia entre los tres órdenes de Gobierno. En la reforma recientemente aprobada se establece que, para la prestación de los servicios de salud, la Secretaría de Salud se auxiliará del INSABI ... de conformidad con los *acuerdos de coordinación* que se celebren con los estados.

Los artículos 7 y 13 podrían establecer alguna señal de cuál es ahora la concurrencia en materia de salud para determinar las obligaciones de cada orden de gobierno:

#### Artículo 7

I...

II...

Para efectos de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social, a que se refiere el Título Tercero Bis de esta Ley, *la Secretaría de Salud se auxiliará del Instituto de Salud para el Bienestar;*

...

El 13 impone a las entidades federativas a ceder sus obligaciones en materia de salud a la federación, bajo condiciones inciertas:

#### Artículo 13. ...

A...

B...

I...

I Bis. Acordar con la Secretaría de Salud que ésta, por sí o en coordinación con las entidades de su sector coordinado, se haga cargo de organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que

se refiere la fracción anterior, en los términos que se estipulen en los acuerdos de coordinación y demás instrumentos jurídicos que al efecto se celebren;

Con las cosas así, pareciera que se impone un esquema en el que la Secretaría de Salud estará auxiliada por el INSABI y que contrario a lo que sucedía en materia de salud, ahora serán las Entidades Federativas las que bajo un régimen aún desconocido – eso se planteará en los “acuerdos” – deberá contribuir con la Federación para que se brinde atención en salud a sus habitantes. Aun y cuando esto ya es un severo atentado contra el federalismo, a la fecha, nadie sabe que pasará si un estado (o varios) deciden no firmar el acuerdo, nadie sabe tampoco cuántos son los estados que ya lo han firmado y mucho menos, se sabe el periodo de vigencia de un acuerdo.

El problema central de la compleja distribución de responsabilidades es que no existen reglas claras para la obtención o las asignaciones de presupuesto en materia de salud. Con sus defectos, el Seguro Popular era válido en el sentido de que se asignaban recursos dependiendo de la cantidad de personas que de manera paulatina fueron afiliándose y de las necesidades que se éstos presentaran y que también, que tenían que ser probadas a través de la ya referida afiliación; un trámite personal, gratuito y relativamente rápido que permitía tener un control, transparencia y resultados.

Con base en el nuevo sistema pareciera que la Federación sería la única responsable del tema salud, pero a la vez no, puesto que los Estados tendrían que pagar por la salud, y los recursos destinados a ese rubro se repartirían de forma arbitraria debido a que no existe ningún mecanismo que permita saberlo de una forma clara.

En esa línea el secretario de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, Dr. Éctor Ramírez Barba expuso en una entrevista “que lo preocupante de la implementación del INSABI es la centralización de los servicios de salud, lo cual es un desatino, además de que es financieramente insostenible... si este gobierno ha demostrado que no es capaz de operar una licitación pública, menos va a poder manejar todos los servicios de salud”.

“De prosperar esa idea, agregó, los gobernadores tendrán que decirles a sus congresos que aprueben ceder a la federación tanto inmuebles, equipo, personal y todo lo necesario para prestar esos servicios, además de endosar presupuesto al INSABI... durante las últimas décadas México había avanzado en hacer responsables a los estados y municipios de entregar los servicios de salud, lo cual ahora simplemente se desecha.

[otro problema] “es que anunciaron que echarán mano del Fondo de Gastos Catastróficos, de donde quitaron más de 40,000 millones de pesos, lo cual no fue una decisión correcta porque se van a dejar de atender a personas con enfermedades muy graves en servicios de tercer nivel”<sup>8</sup>.

El federalismo, la transparencia y la desregulación, son para este gobierno, una asignatura pendiente.

#### **iv. No establece mínimos de seguridad en la atención médica**

Una de las grandes batallas que se ha librado en los últimos años, es el combate a la automedicación y a la medicación por enfermeras, personal de farmacia y recomendaciones de tías, vecinos y amigos. Sin embargo, en la reforma decidieron situar a los Licenciados en Enfermería y a los Médicos Homeópatas, a la par de los Médicos Cirujanos. Así lo establece el siguiente artículo:

Artículo 28 Bis. - Los profesionales que podrán prescribir medicamentos son:

1. Médicos
2. *Médicos Homeópatas;*
3. Cirujanos Dentistas
4. Médicos Veterinarios

---

<sup>8</sup> Ídem <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Que-opinan-los-expertos-sobre-la-desaparicion-del-Seguro-Popular-y-la-creacion-del-Insabi-20200118-0003.html>

*5. Licenciados en Enfermería, quienes podrán prescribir aquellos medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud que determine la Secretaría de Salud. ...*

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud ha impulsado esfuerzos para concientizar sobre los riesgos que implica el consumo de antibióticos de último recurso, y ha sostenido que “la prescripción inadecuada y la automedicación con antibióticos son prevalentes en muchos de estos países, lo que produce altas tasas de resistencia... La reciente implantación de la vigilancia del consumo de antibióticos en los 15 países de ingresos bajos y medios también ha tenido un efecto positivo en el fortalecimiento de los sistemas farmacéuticos”<sup>9</sup>.

Hasta ahora, los antibióticos han sido parte de los insumos que otorgaba el Seguro Popular, por lo que a pesar de la capacitación técnica que pueda tener un licenciado en enfermería, de ninguna manera se puede equipararse con la formación académica de un médico para la prescripción de medicamentos; lo que supone en grave riesgo la salud de la población, en lo que a la prescripción de antibióticos y de otros medicamentos de uso controlado se refiere.

**v. Acceso gratuito, efectivo, oportuno y de calidad a medicamentos e insumos**

Se dice que el acceso a medicamentos e insumos para la salud será para todas las personas que carezcan de seguridad social. Para ello el Consejo de Salubridad General elaborará un Compendio Nacional de Insumos para la Salud y determinará la lista de medicamentos e insumos para garantizar su existencia permanente y disponibilidad a la población.

**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 y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes.

---

<sup>9</sup> Muller Arnold, Indicadores indirectos del consumo de antibióticos; para controlar la resistencia a los antimicrobianos es necesaria vigilancia, OMS <https://www.who.int/bulletin/volumes/97/1/18-227348/es/>

La afirmación plasmada en ese artículo hace parecer que la Secretaría de Salud tendrá la capacidad económica y operativa para comprar, distribuir y proveer los medicamentos del cuadro básico en todo el territorio nacional, para todos sin distinción. Sin embargo, lo que realmente aparece es una severa crisis de desabasto de medicamentos entre los que se encuentra la vincristina, el metrotexate y la ciclofosfamida; los tres, indispensables para atención y en tratamiento de enfermedades neoplásicas como la leucemia y muy usados en las quimioterapias para niños.

Nos hemos vuelto testigos de diversas manifestaciones sociales de padres de niños con algún tipo de cáncer que han sufrido las terribles consecuencias del desabasto de medicamento, identificándolas en retrospectiva de la siguiente manera:

- A finales de marzo de 2019, circularon oficios en varias dependencias y organismos de salud del país, determinando la cancelación de la aplicación de pruebas de tamiz neonatal. A nadie se le ocurrió comprar mas reactivos.
- Durante los meses de abril, mayo y junio de 2019, pacientes con VIH demandaron la falta de antirretrovirales para sus tratamientos; asimismo, directores de 9 Institutos Nacionales de Salud denunciaron que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (En adelante SHCP) les congeló recursos, por lo que apenas les iba a alcanzar para operar durante dos meses.
- En mayo de 2019, el presidente Andrés Manuel, reconoció el desabasto de medicamentos. Mientras que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la COFEPRIS culpaban a la industria farmacéutica y a los supuestos hechos de corrupción (que por cierto no han propiciado denuncia alguna) en la producción y la compra de medicamentos para el sector salud. Se tiene conocimiento de que fue la misma COFEPRIS quien determinó la suspensión de la fabricación del metrotexate por fallas administrativas de una farmacéutica, cuando por ningún motivo, una línea de protección puede detenerse por una razón como esa que no pone en riesgo la vida de nadie, ni la calidad del medicamento.

- También en mayo de ese año, se dio a conocer el incumplimiento de la SHCP para emitir convocatoria de licitación pública para la compra consolidada de medicamentos.
- El caso particular del desabasto de metrotexate, fue visibilizado nacionalmente en junio de 2019, cuando una agrupación de padres de niños con cáncer tomó algunos de los accesos al Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México. Y algunas semanas después, bloquearon el cruce de la Avenida Insurgentes y Paseo de la Reforma, exigiendo ser escuchados por los Senadores antes de que éstos votaran en comisiones, el dictamen de la Minuta que aprobaba la creación del INSABI.
- Varios estados de la República han registrado desabastos de insumos básicos.
- En los últimos días, habiendo arrancado el año 2020 y estrenando el decreto de creación del INSABI, la crisis de desabasto se ha agravado y las quejas de los usuarios se ven, escuchan y leen por todos lados, debido al incremento en los costos de la atención.

El acceso gratuito, efectivo, oportuno y de calidad de medicamentos, es para este gobierno, una asignatura pendiente.

#### **vi. Sistema de financiamiento y asignación de recursos**

Antes de la reforma que analizamos, la prestación de los servicios de salud correspondía a las Entidades Federativas (artículo 13 reformado). Ahora es la Secretaría de Salud quien por sí o con las entidades de su sector coordinado, se hará cargo de la organización, operación, supervisión y evaluación de la prestación de los servicios de salubridad general. Sin embargo, existe una contradicción cuando esta misma obligación se comparte con las Entidades, como se establece a continuación:

Artículo 77 bis 2. Para los efectos de este Título, se entenderá por prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, al conjunto de acciones que en esta materia provean la Secretaría de Salud, por sí o en coordinación con las entidades



agrupadas en su sector coordinado, *así como los gobiernos de las entidades federativas a través de sus servicios estatales de salud.*

Por otro lado, el artículo 77 bis5 elimina la obligación de la Secretaría de Salud de transferir con oportunidad a las entidades federativas, los recursos que les correspondan para operar los servicios de salud.

Ahora bien, en los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13 se establece un contrasentido:

*Artículo 77 bis 12.- El Gobierno Federal, conforme a lo que se establezca en el Presupuesto de Egresos de la Federación, destinará anualmente recursos para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados cuyo monto no deberá ser inferior al del ejercicio fiscal inmediato anterior, en términos de lo que se establezca en las disposiciones reglamentarias y sujeto a la disponibilidad presupuestaria.*

*Artículo 77 bis 13. Para sustentar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, los gobiernos de las entidades federativas aportarán recursos sobre la base de lo que se establezca en los acuerdos de coordinación a que se refiere el presente Título, de conformidad con las disposiciones reglamentarias, los cuales deberán prever las sanciones que aplicarán en caso de incumplimiento a lo previsto en este artículo*

Primero, se prevé el abastecimiento de recursos para la prestación gratuita de servicios de salud a partir de lo que, para dicho fin, destine la Federación por la vía del Presupuesto de Egresos, además de asignar topes conforme a disponibilidad presupuestaria. Mientras que por otro lado se sustenta la gratuidad de los servicios a partir de los recursos que habrán de aportar las Entidades Federativas según lo que establezcan sus acuerdos de coordinación.

Un principio básico del derecho es que nadie está obligado a lo imposible. Es decir, las entidades federativas sólo están obligadas a proporcionar los servicios de salud a su población, sólo en la medida en que sus facultades económicas lo permitan.

Un mecanismo de financiamiento *ad hoc* a las demandas de la población y la asignación justa de recursos, es para este gobierno, una asignatura pendiente.

**vii. Se elimina el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos**

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular otorgó servicios médicos de alta especialidad a sus beneficiarios que padecieron (y muchos todavía padecen) enfermedades de alto costo (en virtud de su grado de complejidad o especialidad médica, y del nivel o frecuencia con la que se presentan entre la población), que pueden llegar a poner en riesgo su vida y/o el patrimonio familiar.

Lo que de manera normal se llevaba a cabo era identificar a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y del Consejo de Salubridad General, cuáles pueden ser esas enfermedades integrándolas en una lista, refiriendo su atención y tratamiento en Unidades Hospitalarias de “Ata Especialidad” y asignando recursos económicos a través de un fideicomiso para que las Entidades Federativas pudieran tener un techo presupuestal que garantizara la atención medica de alta calidad.

Dicha lista consideró hasta el último día de existencia del Seguro Popular, los siguientes 66 padecimientos:

<b>Enfermedades Cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos</b>		
Category	Intervención	Subclasificación
Cuidados Intensivos Neonatales	Prematurez	
	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	
	Sepsis bacteriana del recién nacido	

4	Prematurez, Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y Sepsis bacteriana.	
Malformaciones Congénitas y/o Adquiridas 17	Aparato Digestivo	Atresia Esofágica
		Atresia duodenal
		Atresia Intestinal
		Atresia Anal
		Onfalocele
		Gastroquisis
	Aparato Urinario	Hipospadias/Epispadias
		Hipoplasia/Displasia Renal
		Estenosis Uretral
		Ureterocele
		Uréter retrocavo
		Uréter Ectópico
		Extrofia Vesical
		Estenosis Uretral
Cardiovasculares	Malformaciones congénitas cardiacas	
	Columba Vertebral	Espina Bífida
Enfermedades Metabólicas 9	Enfermedades Lisosomales	Enfermedad de Gaucher I y III
		Enfermedad de Fabry
		Enfermedad de Pompe
		Mucopolisacáridos I, II y VI
	Hemofilia Tipo A, B y Enfermedad de Von Willebrand	Mucopolisacáridos IV
Cánceres Infantiles 19	Tumores Fuera del SNC	
	Tumores sólidos dentro del SNC	
	Astrocitoma	
	Enfermedad de Hodgkin	
	Ependimoma	
	Hepatoblastoma	
	Hepatocarcinoma	
	Histiocitosis	
	Leucemia Linfoblástica Aguda	
	Leucemia Mieloblástica Aguda	
	Leucemia Mieloide Crónica	
	Linfoma No Hodgkin de células grandes difuso	
Tumor de Burkitt		

	Neuroblastoma	
	Otros Tumores del SNC	
	Sarcoma de Ewing	
	Sarcoma de Partes Blandas	
	Síndromes mielodisplásicos	
	Tumor de Wilms	
Cánceres en Adultos 8	Cáncer de Colon y Recto	
	Cáncer de Endometrio	
	Cáncer Testicular	
	Linfoma No Hodgkin	
	Tumor Maligno de Ovario	
	Tumor Maligno de Próstata	
Trasplantes 6	Tumor Maligno de Mama	
	Corazón	
	Córnea	
	Hígado	
	Pulmón	
	Médula Ósea	
Diversos 3	Renal	
	Síndrome de Turner	
	Infarto Agudo al Miocardio	
66 Enfermedades	Hepatitis C Crónica	
	Para cada padecimiento e intervención, El Consejo de Salubridad General determinó la periodicidad para el otorgamiento de un monto que cubre los gastos de atención.	

Tabla 2.

Fuente: Elaboración Propia con datos de <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/index.php/transparencia-focalizada/24-gestion-de-servicios-de-salud/50-tabuladores-del-fondo-de-proteccion-contr-gastos-catastroficos>

Con el decreto en comento, se eliminó el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, y se sustituyó por el Fondo de Salud para el Bienestar. El simple cambio de nombre no es lo que genera preocupación. Sino que este nuevo fondo, cuenta con 40 mil millones de pesos menos que el anterior cuando ya de por sí, con el anterior en muchas ocasiones no alcanzaba.

Además, operará como un fideicomiso público sin estructura orgánica como una institución de banca de desarrollo en el que el INSABI fungirá como fideicomitente.

Además, sus limitados recursos no serán destinados solo a la atención de enfermedades graves como las que ya mencioné, sino que los centavos que resten se utilizarán para la atención de necesidades de infraestructura y para el abasto y distribución de medicamentos. Es como si por arte de magia se buscara hacer mucho más, con mucho menos.

Por último, los artículos que conforman el Capítulo nombrado como “Del Fondo de Salud Para el Bienestar”, remite reiteradamente la ejecución de sus objetivos a las disposiciones que el Ejecutivo Federal defina de manera unilateral y discrecional.

Entonces, la atención a enfermedades graves que originan gastos catastróficos es para este gobierno, una asignatura pendiente.

#### **viii. Sin transparencia ni participación ciudadana**

A pesar de que a lo largo de del decreto que se estudia, se establecen acuerdos o disposiciones que deberá determinar el ejecutivo, nada ni nadie garantiza la transparencia ni en la asignación de recursos, ni en su ejecución. Lo anterior, debido a que las características que hasta ahora se observan en la ley son tan generales que cualquier cosa podría ser justificada en la legislación secundaria. Mientras, que todos esperen. Incluyendo los pacientes enfermos.

A ello se le pueden sumar las invenciones y anuncios que adelantan la presentación de nuevas iniciativas, como la que en uso de su derecho, posiblemente sea presentada por el Senador Ricardo Monreal del GPMORENA, para adicionar un párrafo al artículo 25 Constitucional y plantear que el desarrollo de obra pública e infraestructura en materias de educación, *salud*, medio ambiente, seguridad pública, seguridad nacional, penitenciaria, comunicaciones, transportes, hidráulica, energética, turística y cualquier otra rama o servicio público que impacten directamente en el bienestar de las personas, así como en el goce y ejercicio de sus derechos humanos, *sea considerado de interés social*”.

No parece ser un amala propuesta. Por supuesto que la salud es un asunto de interés social. Sin embargo, el riesgo se esconde por lo que implica que cualquier obra de infraestructura

en materia de salud, que sea cuestionada, no podrá ser impugnada bajo ninguna vía por ser una de las excepciones para que los jueces de amparo no otorguen ninguna suspensión. De ser así, al final del juicio de nada serviría una sentencia a favor del denunciante.

Esas denuncias, son dadas por la participación ciudadana generalmente; la cual no está incluida en ninguna parte y pareciera que quisieran mantenerla lo más lejos posible, porque en la conformación de la Junta de Gobierno que dirigirá y administrará al INSABI, se encuentra representado el Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud, pero no figura una sola persona que, a manera de representación social, también pueda ocupar una silla en dicha junta:

Artículo 77 bis 35 C.- La Junta de Gobierno estará integrada por las y los miembros siguientes:

- I. La persona titular de la Secretaría de Salud, quien la presidirá, y tendrá voto de calidad;
- II. La persona titular de la Secretaría del Consejo de Salubridad General;
- III. La persona titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud;
- IV. La persona titular de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Secretaría de Salud;
- V. La persona titular de la Subsecretaría de Egresos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;
- VI. La persona titular de la Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano de la Secretaría de Bienestar;
- VII. La persona titular del Instituto Mexicano del Seguro Social;
- VIII. La persona titular del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
- IX. La persona titular del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, y

X. Representante del *Sindicato* titular de los trabajadores de la Secretaría de Salud.

En cuestión de participación ciudadana y de transparencia, este gobierno tiene una asignatura pendiente.

#### **ix. Las mejoras para el sector privado**

Además de las modificaciones hechas a la Ley General de Salud, el decreto modificó el artículo 58 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud para quedar como sigue:

ARTÍCULO 58. Los Institutos Nacionales de Salud podrán celebrar contratos con personas morales de carácter nacional e internacional, público o privado a fin de que les proporcionen los servicios médicos y otros relacionados con su objeto que convengan, a cambio de una contraprestación que será fijada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16, fracción III de esta Ley ...

La atención que brindan los hospitales de tercer nivel nunca ha sido suficiente para la población que los requiere, por lo que las políticas de admisión son tan estrictas. Ahora se pretende que el personal de alta especialidad de esos hospitales se emplee para privados en vez de para las personas que más los necesitan. Si los hospitales tuvieran esa capacidad, aún así no deberían tener una cláusula de esta naturaleza. Por el contrario, deberían considerar más obras de infraestructura y la contratación de más personal, lo cual por supuesto no es el caso.

#### **x. Inseguridad laboral**

La nueva Ley General de Salud compromete aun mas el sistema de salud que supone absorber el costo del personal de salud en los estados. Ante dicha situación, el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, CIEP, publicó sus “consideraciones de impacto presupuestario ante la iniciativa de creación del INSABI” mediante el cual afirmó que “actualmente el

grueso de los empleados estatales trabaja bajo el esquema de honorarios. El paso de dicho régimen al de empleados del IMSS implica pasivos laborales y contingentes. Dado que, de acuerdo con lo planteado en la iniciativa, el INSABI nacerá con esa responsabilidad.”<sup>10</sup>

El CIEP realizó un ejercicio de costos calculando el incremento en las prestaciones laborales frente a los recursos actualmente financiados, determinando que el incremento del costo requiere de \$17,991 millones de pesos, como se muestra en el siguiente cálculo:

**CUADRO 3.1. COSTO LABORAL DE BASIFICACIÓN: CIFRAS 2018**

Entidad	Plazas	Pago total anual	Incremento por prestaciones	Sin financiamiento	Total
Aguascalientes	1,095	208,865,004	85,286,202	144,116,853	229,403,055
Baja California	1,469	275,814,948	112,349,075	190,312,314	302,661,389
Baja California Sur	146	21,873,516	9,310,136	15,092,726	24,402,863
Campeche	436	88,441,236	33,237,671	61,024,453	94,262,124
Coahuila	1,495	248,032,860	98,854,650	171,142,673	269,997,323
Colima	168	25,664,628	10,595,907	17,708,593	28,304,500
Chiapas	8,751	1,836,888,852	718,871,550	1,267,453,308	1,986,324,857
Chihuahua	1,089	208,909,464	82,020,061	144,147,530	226,167,592
Durango	1,091	203,088,684	83,426,521	140,131,192	223,557,712
Guanajuato	6,481	1,293,239,916	514,966,279	892,335,542	1,407,301,821
Guerrero	3,699	781,741,596	304,470,147	539,401,701	843,871,848
Hidalgo	1,925	405,870,552	155,453,947	280,050,681	435,504,627
Jalisco	3,811	761,973,876	306,052,318	525,761,974	831,814,292
Estado de México	16,494	3,552,908,244	1,351,413,208	2,451,506,688	3,802,919,896
Michoacán	2,633	506,984,220	198,790,230	349,819,112	548,609,342
Morelos	1,312	257,440,116	103,219,826	177,633,680	280,853,506
Nayarit	373	54,762,972	23,761,712	37,786,451	61,548,163
Nuevo León	1,874	340,977,228	137,716,394	235,274,287	372,990,681
Oaxaca	2,113	459,474,300	175,057,792	317,037,267	492,095,059
Puebla	5,505	1,128,971,316	440,986,097	778,990,208	1,219,976,305
Querétaro	1,308	276,396,540	107,745,462	190,713,613	298,459,075
Quintana Roo	2,080	371,470,128	147,976,417	256,314,388	404,290,806
San Luis Potosí	1,182	215,440,092	88,106,271	148,653,663	236,759,935
Sinaloa	1,804	351,812,052	138,059,884	242,750,316	380,810,200
Sonora	2,337	450,329,376	180,655,705	310,727,269	491,382,974
Tabasco	309	64,996,680	24,683,504	44,847,709	69,531,213
Tamaulipas	4,786	832,134,108	337,197,244	574,172,535	911,369,779
Tlaxcala	1,144	222,103,080	90,273,258	153,251,125	243,524,383
Veracruz	3,391	651,265,500	255,853,148	449,373,195	705,226,343
Yucatán	1,484	294,886,116	114,690,869	203,471,420	318,162,289
Zacatecas	1,070	230,294,808	90,719,928	158,903,418	249,623,345
<b>Total</b>	<b>84,779</b>	<b>16,623,052,008</b>	<b>6,521,801,412</b>	<b>11,469,905,886</b>	<b>17,991,707,298</b>

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Dirección General de Recursos Humanos y Organización (DGRHO) (2019); SHCP (2019a).

<sup>10</sup> El documento completo puede ser consultado en formato electrónico, en el sitio web <https://ciep.mx/consideraciones-de-impacto-presupuestario-ante-la-iniciativa-de-creacion-del-insabi/>



Volviendo al decreto, en uno de sus artículos transitorios se puede leer lo siguiente:

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.

El problema de fondo para todos los trabajadores del extinto Seguro Popular es que no es clara la competencia de nadie, entonces, no es claro si pasan a ser empleados de la federación o siguen siendo parte de la nómina de las entidades federativas. Tampoco queda claro si seguirán contando con un empleo, ni bajo que régimen fiscal estarán adscritos.

## **VIII. Conclusiones y nueva agenda de investigación**

Sin lugar a duda, el escenario ideal para el derecho a la salud en México es que TODOS, sin distinción alguna tengamos acceso de forma inmediata, gratuita y eficiente al disfrute pleno del derecho a la salud. Sin embargo, en el escenario fiscal de evidentes y opacas reducciones, limita indiscutiblemente dicho objetivo. Las necesidades son muchas y los recursos son escasos. En otras palabras, no todo lo socialmente deseable es económicamente posible.

Todos podemos estar de acuerdo en que deben realizarse cambios sustanciales en torno al Sistema de Salud; sin embargo, esos cambios no deben darse simplemente con el deseo y las buenas intenciones; porque de la forma en la que este gobierno ha planteado las modificaciones al Sistema de Salud seguiremos, por un lado, en espera de la reglamentación y de la emisión del marco jurídico secundario. Y, por otro lado, seguiremos teniendo un Sistema de Salud alejado de las necesidades reales de atención y de acceso efectivo a medicamentos, insumos, atención y prevención de enfermedades que en suma propician riesgos latentes al primero de todos los derechos: la vida.

En efecto, la actual reforma pareciera una mala copia del sistema de salud cubano, con la pequeña gran diferencia de que el México habitamos millones de personas más y de que

nuestro territorio nacional mide miles de kilómetros más que el de Cuba. Y no, no es lo mismo.

El sistema de Salud en México está colapsando. Con base en los precedentes expuestos sobre las obligaciones y responsabilidades del Estado por no supervisar el correcto funcionamiento de los servicios de salud, es posible afirmar que el Estado Mexicano será responsable de todos los daños que se generen por una reforma hecha al vapor en la que los legisladores de MORENA hicieron valer su mayoría en el Congreso; y en la que sin lineamientos técnicos representa un retroceso en el acceso a la salud y el mediano funcionamiento que ya se había ganado, porque una autoridad no puede excusarse del cumplimiento de los tratados internacionales basándose en la posible afectación de esferas competenciales

Es necesario cuestionar las políticas populistas y de campaña permanente del partido en el poder. No podemos hacer esperar a la salud de todos los mexicanos.

Esta reforma sembró muchas dudas: ¿Cómo se va a asignar el presupuesto que se asignaba al Seguro Popular? En el momento en que los Estados decidan, porque pueden no hacerlo, cedan sus facultades de atención en salud ¿Cómo se van a defender los usuarios si nadie pensó en garantizarles la salud a través de una póliza? Se crea un vacío jurídico. Si la Secretaría de Salud no proporciona los insumos mínimos para la atención de los beneficiarios ¿Cómo se le obligará?, ¿Cómo saber si ésta transfiere más o menos medicamentos e insumos de lo que realmente se necesita si no sabemos cuál es la población objetivo, puesto que ya eliminaron la base de datos de los afiliados al Seguro Popular?, ¿Cómo garantizar la transparencia?

¿El Consejo de Salubridad General estará pensando mantener las 66 enfermedades que generaban gastos catastróficos? O ¿Podrá incluir muchas más? ... en caso de hacerlo, ¿Podrá ser suficiente atenderlas con 40 mil millones de pesos menos?

Mientras que no podamos responder a estas y muchas dudas más, garantizar el derecho a la salud, es para este gobierno, una asignatura pendiente.

## **IX. Bibliografía**

Corte Interamericana de Derechos Humanos

*Caso Tibi vs. Ecuador. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas,*

sentencia de 7 de septiembre de 2004, serie C, núm. 114, disponible en [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_114\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_114_esp.pdf). consultada el 13 de enero de 2020.

Corte Interamericana de Derechos Humanos

*Caso comunidad indígena Sawhoyamaxa vs. Paraguay. Fondo, reparaciones y costas,*

sentencia de 29 de marzo de 2006, serie C, núm. 146, ficha técnica disponible en [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_146\\_esp2.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_146_esp2.pdf). consultada el 15 de enero de 2020.

Corte Interamericana de Derechos Humanos

*Vera Vera y otra vs. Ecuador. Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas,*

sentencia de 19 de mayo de 2011, serie C, núm. 226, disponible en [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_226\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_226_esp.pdf). consultada el 15 de enero de 2020.

Corte Interamericana de Derechos Humanos

*Caso Furlan y familiares vs. Argentina. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas,*

sentencia de 31 de agosto de 2012, serie C, núm. 246, disponible en [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_246\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_246_esp.pdf). consultada el 15 de enero de 2020.

Corte Interamericana de Derechos Humanos

*Suárez Peralta Vs Ecuador. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas,*

sentencia de 21 de mayo de 2013, disponible en

[http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_261\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_261_esp.pdf) consultada el 15 de enero de 2020.

Expansión

*Ingresaron 18 millones de migrantes a México en 2018, menos del 1% con papeles 20 de diciembre de 2019*

<https://politica.expansion.mx/mexico/2019/12/20/ingresaron-18-millones-de-migrantes-a-mexico-en-2018-menos-del-1-con-papeles>, consultada el 17 de enero de 2020.

José Gerardo Mejía

*Llega castigado en 50% presupuesto para sustituto del Seguro Popular*

<https://www.razon.com.mx/mexico/llega-castigado-en-50-presupuesto-para-sustituto-del-seguro-popular/> consultada el 17 de enero de 2020.

Lidia Arista

*AMLO asegura que el 1 de diciembre habrá cero cuotas en el Sistema de Salud*

<https://politica.expansion.mx/presidencia/2020/01/16/amlo-asegura-que-el-1-de-diciembre-habra-cero-cuotas-en-el-sistema-de-salud> consultada el 17 de enero de 2020.

El Informador

*Nueva política de salud deja sin medicamentos a Oaxaca, mayo 2019,*

<https://www.informador.mx/mexico/Nueva-politica-de-salud-deja-sin-medicamentos-a-Oaxaca-20190508-0063.html> consultada el 17 de enero de 2020

Secretaría de Salud

*DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.*

Diario Oficial de la Federación de 29 de noviembre de 2019

*Documentos de Trabajo* es una investigación de análisis de la Fundación Rafael Preciado Hernández, A. C.

Fundación Rafael Preciado Hernández, A.C.

Ángel Urraza No. 812, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México

Documento registrado ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor

D.R. © 2020, Partido Acción Nacional