**H. CONGRESO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA**

**PRESENTE. –**

Quienes suscribimos, **Magdalena Renteria Pérez, Benjamín Carrera Chávez, Edin Cuauhtémoc Estrada Sotelo, Leticia Ortega Máynez, Oscar Daniel Avitia Arellanes, Rosana Díaz Reyes, María Antonieta Pérez Reyes, David Oscar Castrejón Rivas e Ilse América García Soto**, **integrantes del Grupo Parlamentario de MORENA; así como** **Jael Argüelles Díaz** **Representate Parlamentaria del Partido del Trabajo**, en nuestro carácter de Diputadas y Diputados de la Sexagésima Séptima Legislatura del Honorable Congreso del Estado integrante, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 167, fracción I, y 169, todos de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Chihuahua; artículo 2, fracción IX, del Reglamento Interior y de Prácticas Parlamentarias del Poder Legislativo; comparezco ante esta Honorable Soberanía, a fin de presentar **Proposición con carácter de Punto de Acuerdo a efecto de que se exhorte a la Titular del Poder Ejecutivo Estatal para que, en el marco de sus atribuciones, realice los trámites administrativos pertinentes a fin de adscribir al estado de Chihuahua dentro de la cobertura de IMSS-Bienestar. Así mismo, exhortar al titular del Ejecutivo Federal para que, en el marco de sus funciones y atribuciones, amplíe tanto la infraestructura hospitalaria e incremente los recursos materiales y humanos a fin lograr una cobertura sanitaria universal en el estado de Chihuahua.** Lo anterior a tener de la siguiente exposición de motivos:

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

La cobertura universal en materia de salud es una deuda pendiente con la sociedad mexicana. Lo anterior es una verdad innegable, sin embargo, no lo es menos el hecho que esta problemática la viven la gran mayoría de los países a nivel mundial.

Lo anterior obedece a que la era de los derechos humanos establece problemas de carácter administrativo y político con el desarrollo histórico que supuso el derecho a la seguridad social.

Debemos ser muy claras y precisas, el derecho a la seguridad social se establece durante las largas luchas sociales que los diversos movimientos obreros tuvieron en el transcurso de siglo XIX. El desarrollo del capitalismo estuvo emparejado con un gran pugna entre los beneficios económicos que dicho sistema ofrece; en contraposición, los insipientes sindicatos y colectivos obreros buscaron la regulación de jornadas laborales y protección sanitaria para ellos, y desde luego, sus familias.

Ante estas expresiones de la lucha de clases, la sociedad mundial se percató de la necesidad de contar con políticas públicas que atenuaran el cáncer social que supone dejar en el desamparo a miles de personas.

Es por ello que los mecanismos de seguridad social ofrecen protección contra enfermedades y enfermedades laborales; pero también de prevención, cobertura para familiares, así como mecanismos de pensión y jubilación.

Ahora bien, es cierto que la correlación de fuerzas en favor de los obreros facilitó la conquista de estos derechos. Sin embargo, también lo es que los Estados-nación modernos se percataron que el cáncer social que representa la falta de estos seguros ocasionaba cinturones de miseria.

Para la administración pública de la recién unificada Alemania del siglo XIX, las pérdidas económicas que representaba la carencia de seguridad social representaba una imposibilidad real de alcanzar su pleno desarrollo.

Aunado a lo anterior, luego de la experiencia de la *comuna de París*, tanto los grandes capitalistas alemanes, como el propio Estado, determinaron evitar la agudización de la lucha de clases y aceptar la seguridad social como un derecho todos los trabajadores.

Sin embargo, la materialización del derecho conllevo a un pacto político, económico y administrativo sin precedentes. Los fondos para la cobertura de estos seguros se darían de aportación tripartitas, es decir, cuotas obreras, patronales y cuotas de la administración pública.

De esta forma observamos el nacimiento de las primeras instituciones de seguridad social. La experiencia alemana pronto fue replicada en todo el mundo, donde México no fue la excepción.

Si revisamos el constituyente de 1917 es posible observar como el legislador postula al Estado como un ente que interviene en los factores de la producción. Es decir, la nación mexicana, por vía de sus entes públicos, es el mediador en la lucha de clases. Ante la necesidad de armonizar el desarrollo capitalista, el constituyente del 17 optó por dejar atrás los esquemas de beneficencia pública en materia de salud, para dar paso a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y posteriormente el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE).

Los primeros años del México post-revolucionario transitaron en esquemas donde la sanidad pública fue sostenida por las instituciones de seguridad social. De tal suerte que la garantía individual que suponía la salud podía ser cubierta.

En este punto es necesario recordar que la era de los derechos humanos, a nivel ideológico, técnico y administrativo comienza en el país luego de la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, es decir, a inicios de la segunda década del siglo XXI.

Ahora bien, no es la transición entre garantías individuales y derechos humanos lo que tiene hoy a nuestra sociedad con un déficit severo en relación a cobertura sanitaria. Sin embargo, si supone un conflicto en cuanto a los niveles de responsabilidad que suponen la obligación del Estado en la materia.

Las garantías individuales vamos a comprenderlas en la dimensión política del Estado mexicano del viejo PRI. Es decir, un modelo de nación de partido único, donde la centralización absoluta supone la obligación total del ejecutivo federal. O sea, un modelo presidencialista absoluto.

Mientras que el modelo de perspectiva de derechos humanos recaen en un sistema político plenamente democrático. En la actualidad el modelo presidencialista mexicano establece claras líneas de coordinación, subordinación e inordinación de todas las autoridades legal y legítimamente establecidas a lo largo y ancho de la República.

Es decir, en el viejo PRI todas las relaciones políticas entre el ejecutivo federal y el resto se comprendían como subordinación, algo que terminó y no volverá.

Lo anterior significa que en temas de garantía de derechos humanos, el Estado mexicano es el principal responsable. Pero, ya no es más el ejecutivo federal quien asume el rol absoluto de Estado. Bajo las directrices que las autonomías de las entidades federativas, en el siglo XXI, el Estado mexicano se compone de todas las autoridades legal y legítimamente establecidas.

En el ámbito del derecho humano a la salud, el ejecutivo federal es el primer respondiente de su garantia. De esta autoridad se espera la vigilancia y cumplimiento de la legalidad vigente para las instituciones de seguridad social.

Sin embargo, ¿Qué sucede con la población sin trabajo estable? Es decir, ¿Quién garantiza el derecho humano o garantía individual de la salud para esta población?

Los modelos decimonónicos de seguridad social no tuvieron influencia en las personas no asalariadas. Durante la época del viejo PRI, era el ejecutivo, por vía de la creación del IMSS-COMPLAMAR quienes daban tal servicio.

Sin embargo, todo terminó cuando la era neoliberal llegó. El cisma ideológico que marco el fin del PRI nacionalista y la instauración de un modelo económico neoliberal tuvo impacto en todas las áreas de la administración pública.

El viejo modelo dependía de instituciones administrativas sólidas y poderosas. Lo anterior significa un modelo burocrático robusto, el cual mantenía los engranes del modelo funcionado.

Para los doctrinarios del neoliberalismo, mucha burocracia es sinónimo de ineficiencia, por esta razón el adelgazamiento de la burocracia estatal implico la privatización de amplios sectores otrora considerados estratégicos. En el caso de la salud, si bien no se privatizó si fue descentralizado, es decir, la obligación de la atención a las personas no aseguradas pasó a manos de las entidades federativas.

La reforma al cuarto constitucional de 1983 y la reforma a la Ley General de Salud de 1984 sentaron las bases para la transferencia de recursos y responsabilidades de los estados de la federación en materia de salubridad.

Sin embargo, lo que debió suponer una mejora técnica en cuanto a la atención de salud se vio mermada ante la ineficiencia práctica de las entidades federativas en la gestión de recursos. Muchos de ellos se erogaron en temas ajenos al rubro establecido.

Aunado a lo anterior, las políticas públicas neoliberales y las reformas laborales tendientes a vulnerar los derechos laborales generaron una precarización del mercado laboral. Esto último incentivo al trabajo informal, con lo cual el número de trabajadores con derecho a seguridad social bajó.

El aumento exponencial de personas sin derecho a seguridad social llevó a la administración pública de Felipe Calderón a desarrollar el Seguro Popular como su política pública estrella.

Sin perder la ideología neoliberal, el gobierno de Calderón no optó por buscar una cobertura universal en materia de salud para las personas sin seguridad social. Por el contrario, se priorizó la intervención estatal en cuanto el gasto erogado en temas sanitarios.

La naturaleza jurídica del Seguro Popular fue evitar *gastos catastróficos,*  por esa razón se constituyó un fideicomiso en donde el Estado asumía el costo de la población para un número limitado de enfermedades y la asignación de un número también limitado de medicamentos.

Es decir, el gasto en salud no disminuyó, el Estado mexicano lo absorbió. El gran problema es que Seguro Popular tampoco ofreció gratuidad a la población no asegurada, esta política pública implicaba el desarrollo de un trámite burocrático largo y tedioso para establecer el monto del coste del servicio.

Podemos afirmar que el Seguro Popular resultó un fracaso. Ni buscó cobertura universal, ni contempló la gratuidad. Pero lo más preocupante es que su única razón de ser era evitar gastos. Con datos de la OCDE encontramos que de 2014 a 2018, hubo un crecimiento de 4 millones de personas que ejercieron gasto de bolsillo para la atención de su salud. De acuerdo dicho organismo, el gasto de bolsillo en México representó el 45 por ciento del gasto total en salud en los últimos 10 años, por lo que nuestro país escaló hasta convertirse en el segundo país con el gasto de bolsillo más alto dentro de los 36 países que conforman la OCDE al cierre del 2018.

Bajo esta lógica es que la administración de la cuarta transformación asume su responsabilidad como primer respondiente en cuanto a la garantía del ejercicio pleno del derechos humano a la salud.

Para ello se establece la desaparición del Seguro Popular, con el objetivo de crear un organismo público que garantice atención integral, oportuna y gratuita; así como extensión progresiva cualitativa y cuantitativa de los servicios de salud.

De esta forma se reforma el 29 de noviembre de 2019 se reformó la Ley General de Salud y la Ley de los Institutos Nacionales de Salud la cual fundamentó la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), institución encargada de *"( ... ) proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumas asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud"*

De facto, el ejecutivo federal propone a las entidades federativas el regreso a la centralización en materia de salubridad. A diferencia de los esquemas políticos del pasado, esta reconfiguración administrativa se realizaría únicamente con aquellas entidades que libre y voluntariamente definan aceptar la figura.

Sin embargo, durante el primer trimestre del 2020, la lógica de la procuración de la salud cambió radicalmente a nivel mundial. La pandemia causada por el Covid-19 expuso que un fenómeno de esta clase es un catalizador que profundizó y agravó aún más la discriminación y las desigualdades que subyugan a la sociedad actual.

Ante la crisis sanitaria más importante en la historia de la humanidad, la administración pública federal llegó a la conclusión de fortalecer IMSS-Bienestar. Lo anterior no implica un fallo ni en el diagnostico ni en el diseño de la política pública sanitaria 2019, las pandemias no son previstas, pero si detonan mejoras a los esquemas de salud pública.

Previo a la pandemia, INSABI venía consolidando, de forma progresiva, un modelo atención sanitaria para personas no aseguradas en todo el país. Mientras que IMSS-Bienestar, heredero del IMSS-COPLAMAR, continuó sus servicios de atención en las entidades federativas, como el caso de Chihuahua, donde los acuerdos de adscripción con INSABI no existieron. De tal forma que la operación de ambos organismos fue complementaria, garantizando con ello el derecho humano a la salud.

Ahora bien, la extinción del INSABI obedece a la necesidad de ampliar de forma acelerada la cobertura del derecho humano a la salud. Por esta razón es que se propone la fusión de dicho organismo con el IMSS-Bienestar. Dicha incorporación ofrece al organismo público no sectorizado una ampliación sin precedentes de recursos materiales, humanos y técnicos para llegar a población con amplios niveles de vulnerabilidad, amén de contar con la expertis técnica y administrativa del propio IMSS. No tenemos la menor duda que nunca antes México ha estado tan cerca de la cobertura universal en materia de salud que en este 2023.

Ante todo lo expuesto es que nos permitimos exhortar a la titular del Poder Ejecutivo Estatal para que, en el marco de sus funciones, adscriba al estado de Chihuahua a los beneficios que IMSS-Bienestar supondría para la población no asegurada de nuestra entidad, tales como pueden ser:

Contar con una red de clínicas y hospitales para la formación de médicos residentes de especialidad y alta especialidad. Las políticas públicas de la actual administración federal permiten a un número sin precedentes de jóvenes a ingresar a escuelas de medicina y ser aceptados en programas de especialización. Sin embargo, la descentralización administrativa de la materia dificulta si ingreso al Mercado laboral existente. Con la suma de Chihuahua a IMSS-Bienestar es posible seguir dotando a estas generaciones de espacios para su desarrollo, el cual significa una solución para el resto de la población.

Así mismo, la construcción de una red sanitaria nacional, operada por el IMSS-Bienestar, facilita la compra consolidad de medicamentos para todas las entidades federativas adscritas. De igual forma, la construcción de una base de datos nacional en lo relativo a expedientes clínicos facilita a las autoridades sanitarias adquisición y distribución de medicamentos.

Una red sanitaria nacional para personas sin seguridad social, significa una mayor capacidad técnica y de gestión para el organismo público no sectorizado. Entendemos a la perfección que existen materias donde la centralización no es una vía óptima para la gestión de recursos, sin embargo, al tratarse de un derecho humano como la salud, buscamos ampliar las rutas y las estrategias para alcanzar el acceso universal y gratuito a servicios de salud que beneficien a las personas.

En el mismo tenor, exhortamos al titular del ejecutivo federal, para que, de buena fe, y en un marco de coordinación en pos de los intereses legítimos del pueblo de Chihuahua, tenga a bien realizar las gestiones administrativas pertinentes en miras de ampliar la red hospitalaria en las entidad, así como dotar recursos materiales y humanos suficientes a fin de garantizar el derecho humano a la salud de las personas que no cuentan con seguridad social en nuestra entidad.

Por lo anteriormente expuesto, y con fundamento en lo dispuesto en los artículos invocados, someto a consideración de esta Honorable Asamblea, el siguiente proyecto de:

**ACUERDO**

**PRIMERO. -** La Sexagésima Séptima Legislatura del Honorable Congreso del Estado de Chihuahua, exhorta de manera respetuosa a la titular del Poder Ejecutivo del estado de Chihuahua, a través de la Secretaría de Salud, **para que, en el marco de sus atribuciones, realice los trámites administrativos pertinentes a fin de que se celebre un convenio entre el estado de Chihuahua y el IMSS-Bienestar, con el objeto de ampliar la cobertura de servicios de salud a la población sin seguridad social.**

**SEGUNDO. -** La Sexagésima Séptima Legislatura del Honorable Congreso del Estado de Chihuahua, exhorta de manera respetuosa **al titular del Poder Ejecutivo Federal para que, en el marco de sus atribuciones, amplíe la infraestructura hospitalaria e incremento los recursos materiales y humanos a fin lograr una cobertura sanitaria universal en el estado de Chihuahua**.

**ECONÓMICO.** Aprobado que sea, túrnese a la Secretaría para que elabore la Minuta de Acuerdo correspondiente y sea enviado a las instancias competentes para los efectos legales correspondientes.

**D A D O** en el Recinto Oficial del Poder Legislativo del Estado, en la Ciudad de Chihuahua, Chihuahua, a los dieciséis días del mes de mayo de dos mil veintitrés.

**ATENTAMENTE**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  | **DIP. MAGDALENA RENTARÍA PÉREZ** | **DIP. JAEL ARGÜELLES DÍAZ** |
|  |  | **DIP. EDIN CUAUHTÉMOC ESTRADA SOTELO** | **DIP. BENJAMÍN CARRERA CHÁVEZ** |
|  |  | **DIP. ROSANA DÍAZ REYES** | **DIP. MARÍA ANTONIETA PÉREZ REYES** |
|  |  |  |  |
|  |  | **DIP. DAVID OSCAR CASTREJÓN RIVAS**  **DIP. LETICIA ORTEGA MÁYNEZ**  **DIP. GUSTAVO DE LA ROSA HICKERSON** | **DIP. ILSE AMÉRICA GARCÍA SOTO**  **DIP. OSCAR DANIEL AVITIA ARELLANES** |