

*“2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata”*

**“LXIV LEGISLATURA DE LA PARIDAD DE GÉNERO”**

**Ciudad de México, a 8 de agosto de 2019**

**ASA EBBA CHRISTINA LAURELL**  
**Subsecretaria de Integración y Desarrollo**  
**del Sector Salud**

**Intervención durante la tercera mesa de trabajo de las Audiencias Públicas de Parlamento Abierto para la creación del Instituto de Bienestar para la Salud, en el Palacio Legislativo de San Lázaro.**

**Buenos días. Me honra estar aquí, en este parlamento abierto y voy a tratar de cumplir estrictamente con los ocho minutos que me dieron, porque creo que la institucionalidad de la disciplina son temas importantes.**

**Respecto al acceso, quiero decir que aún antes del Seguro Popular había servicios públicos con acceso, de tal manera que decir que no había acceso es un error.**

**Como se mide en ese momento el acceso es por afiliación a algún sistema de seguros y, por tanto, cuando se dice que ha bajado la carencia de acceso de 38.4 a 16.2, quiere decir que estamos solamente hablando de la afiliación y tenemos 20 millones sin seguro de salud en el país.**

**Entonces, el tema de acceso medido por afiliación es distinto a lo que es el acceso y uso efectivo de servicios de salud, e incluso hay instancias de esta H. Cámara de Diputados, el Coneval hizo un estudio para investigar cómo se podía medir acceso y uso efectivo de servicios de salud, que es lo que importa, no la... afiliación como**

tal, no da acceso a nada, tiene que ser a través de lo que es la disponibilidad, la accesibilidad, la utilización y la calidad de los servicios.

Aquí quiero subrayar particularmente que hasta 2012 el proceso de acreditación estaba muy poco desarrollado, me podría decir que fue una simulación. Luego, cuando se hace la reacreditación de 2017 al 18, el 40 por ciento de los servicios de salud no acreditaron y, actualmente, solamente la mitad de los sistemas estatales tiene acreditada sus servicios para causas.

Tenemos, además, que es un obstáculo económico lo que es el gasto de bolsillo, del orden del 45 por ciento.

También, y no voy a profundizar en eso porque lo conocen todos los diputados muy bien, que ha habido corrupción sistemática tanto en el Seguro Popular como en (inaudible).

Por tanto, cuando se trata de garantizar el acceso a los servicios de salud y medicamentos gratuitos, estamos previendo y construyendo el acceso a los servicios de salud bajo el modelo Atención Primaria en Salud, con un primer nivel de atención fortalecido y redes integradas de salud que permitan acceso a los servicios de alta complejidad que requieren las personas y los medicamentos adecuados en cada nivel de atención.

Eso pasa por la reingeniería de procesos y mantenimiento de infraestructura, nueva infraestructura escalonada con recursos inmediatos de operación, porque si nada más incrementamos el presupuesto sin pasar por este proceso, nos puede pasar lo que pasó cuando se empezó a dar mayores recursos, que fue la suburbanización de salud, que quiere decir que lo que se compró fueron muchas, muchas Suburbans para los funcionarios de salud.

La integración es un proceso gradual con el fortalecimiento de servicios para población abierta y, simultáneamente, el fortalecimiento del IMSS y el ISSSTE. Paralelamente, pero... o sea, hay dos sistemas que se fortalecen y se construye el nuevo Instituto de Bienestar para la Salud, pero son confluyentes y, por ejemplo, estamos trabajando conjuntamente lo que es el primer nivel de atención y, en algunos lugares, lo que llamamos el hospital universal, porque está abierto, va a estar abierto tanto para la

seguridad social laboral, como para los usuarios sin seguridad social laboral.

Bueno, la población abierta, como ustedes que conocen la ley saben, esta propuesta, se propone que haya un acuerdo de federalización o alternativamente la permanencia de los servicios estatales de salud. Eso es un acuerdo no obligatorio.

Por otra parte, lo que estamos previendo es que es necesario hacer una planeación estratégica nacional, donde la Secretaría de Salud federal es rectora del modelo de atención y construye el plan maestro de infraestructura, entre otros elementos de planeación estratégica nacional.

Finalmente, en lo que se refiere al financiamiento, la ley garantiza el mantenimiento de los recursos federales para estados y mantiene un fondo correspondiente al 11 por ciento sobre el total de presupuesto y habrá un incremento gradual, nunca menor al año anterior vamos a tener como presupuesto.

Bueno, el método de cálculo para la mejora escalonada que estamos utilizando, es que tenemos en el primer nivel y en el segundo nivel un censo estratégico que ya tenemos para ocho estados y lo estamos desarrollando para los 32 estados de la República, y ahí podemos calcular cuál es el costo de mantenimiento, infraestructura, el mobiliario que falta, el instrumental o equipo que falta, el personal faltante, los insumos, de tal manera que podemos tener un cálculo bastante preciso respecto a cómo hacer esa mejora escalonada.

Para los hospitales de 30 camas o más estamos en proceso de hacer auditorías médicas, para saber qué se requiere, en términos de mantenimiento y equipo, más las plantillas completas, más los insumos.

Finalmente, el cálculo actuarial, que ayer se preguntó sobre él, creo que habría que señalar dos, que se puede hacer de dos maneras. Una sería la diferencia entre lo que son el capital entre derechohabientes... la diferencia entre derechohabientes y usuarios, cuál es el costo de la corrupción, no sabemos —que anda por el 10 al 30 por ciento— cuál es el costo, entonces, que tendríamos.

Estamos trabajando este tema de los cálculos del costo en un grupo especializado al respecto y, como ustedes saben, la segunda manera

de calcular sería cuál es el costo de un tratamiento, donde también está incluido lo que es la corrupción, más por la frecuencia del padecimiento en la población que tiene una dificultad grande en México, porque tenemos estadísticas inciertas de lo que es la frecuencia o la presencia de la morbilidad.

Muchas gracias.

-- ooOoo --