fundar
Centro de Análisis e Investigación

Salud: derechos, política y presupuesto públicos

Daniela Díaz, Briseida Lavielle,
Mariana Pérez y Felipe Varela.

En 2012 concluye el periodo de Felipe Calderón y con ello 12 años de gestión de gobierno a cargo administraciones emanadas de un mismo partido político. En el ámbito de la salud el saldo que dejan es la creación del Sistema de Protección Social en Salud, conocido como *Seguro Popular*, (*SP*) como mecanismo a través del cual el Estado mexicano busca garantizar el derecho a la salud de la población que no tiene acceso a la seguridad social. A junio de este año se habían afiliado 52.8 millones de personas al SP y con ello el gobierno federal declaró culminada la cobertura universal de salud.

Es preciso reconocer que significa para las personas estar afiliadas al SP, si realmente puede cumplir a cabalidad su derecho a la salud. También debemos examinar si el diseño y operación del *Seguro Popular* han permitido dar cumplimiento al derecho a la salud de las y los mexicanos, si la gestión de la política sanitaria y del presupuesto han respondido a las necesidades sanitarias de la población. El presente texto presenta información para aportar elementos que permitan responder estas interrogantes y se realizan una serie de recomendaciones para adoptar el enfoque de derechos como eje rector del sistema de salud pública, de las políticas y programas públicos.

I. Sistema de salud en México

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud
(artículo 4º de la
ConstituciónPolítica de los EstadosUnidos Mexicanos)

> "El pilar central del derecho al más alto nivel posible de salud descansa en un sistema de salud eficaz e integrado que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud, que responda a las prioridades nacionales y locales y que sea accesible para todos. Sin ese sistema, nunca se podrá realizar el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud".[1]

Las sucesivas reformas del sistema de salud han fracasado en la medida en que no han modificado el contexto de desigualdad en que se fincan los servicios sanitarios. Tampoco han sorteado con éxito las deficiencas técnicas e institucionales en los sistemas estatales de salud, ni se ha fortalecido los mecanismos de rendición de cuentas de la acción gubernamental.

La desarticulación y descoordinación entre la federación y las entidades federativas en aspectos tan importantes como la compra consolidada de medicamentos, la planeación del desarrollo de la

[1] ONU, Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Sr. Paul Hunt 2008.

infraestructura sanitaria o el fortalecimiento de las redes de servicio, explican en gran medida los pobres resultados y la falta de acceso efectivo de la población a los servicios sanitarios.

En el sistema de salud subsisten problemas que inciden en la inequidad en el acceso. En la perspectiva de la Dra. Asa Cristina Laurell,[2] ex secretaria de salud del Distrito Federal, existe un desfinanciamiento en el sector que se agrava por deficiencias asociadas a un proceso de descentralización mal planeado, como son la incapacidad técnica y de ejercer el gasto, así como de corrupción en el manejo de recursos por parte de los servicios estatales de salud. En gran parte, esto sucede debido a la falta de rendición de cuentas y de sanciones a quienes incurren en estas situaciones.

Por otra parte, Laurell identifica la existencia de precariedad en la infraestructura y para dar un ejemplo, calcula que hacen falta 24 mil camas para satisfacer la demanda de la población. En este aspecto, también observa que se ha desatendido el primer nivel de atención, donde existen carencias de unidades médicas, recursos humanos e insumos para la salud.

Apunta que es necesario integrar el sistema de salud de manera escalonada, empezando por la población sin seguridad social. Asimismo, asegura que para realizar la integración, debe tomarse como modelo el más fuerte, que actualmente es el del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En la Constitución, en términos formales, está incluido el derecho a la salud, de acuerdo a la opinión del Dr. René Leyva, investigador de Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, sin embargo existen muchos problemas operativos que impiden que en los hechos se traduzca cabalmente lo que establece la constitución, porque los ciudadanos mexicanos están segmentados en el sistema de salud.

Leyva identifica que la descentralización de los servicios, que dio forma al actual sistema de salud, requería el fortalecimiento de la capacidad instalada y de la formación de los recursos mismos que no fueron realizados. Afirma que los datos de las encuestas nacionales de salud muestran claramente la existencia de áreas de desigualdad, por ejemplo Oaxaca, Guerrero, Hidalgo y Chiapas son los estados precarios clásicos versus el Distrito Federal, Nuevo León y Jalisco. Las brechas son significativas entre uno y otro lado. En 2006, las personas con seguridad social tenían dos veces más probabilidad de usar servicios frente a quienes no tenían, y no es porque estuvieran más enfermos sino porque tienen los servicios disponibles para ser usados.

Es necesario armonizar estas grandes diferencias para crear un sistema único de salud, afirma Leyva, y sostiene que el primer arreglo que tiene que haber es de carácter político. En su perspectiva el sistema de salud debe incrementar el piso que ya se tiene sin deteriorar las áreas de alta calidad, como Pemex que podría ser un "estándar de oro" a seguir, de alta capacidad tecnológica, recursos humanos altamente calificados, etc. tendríamos un ordenamiento para elevar los servicios de salud y colocarlos en ese estándar. Y un ordenamiento financiero que permita equilibrar estas grandes desigualdades. Considera que los ciudadanos deberían tener mayor información sobre la integración.

Es posible planificar de manera ordenada en un país como México, considera Leyva, desde la compra de medicamentos, los insumos sanitarios etc. No es mayor reto, no hay un obstáculo técnico para abastecer de insumos sanitarios a las zonas más alejadas de nuestro país, es posible disponer de ellos en la montaña de Guerrero, por ejemplo, si se quiere. Ahí el rol ciudadano es muy importante: en los sistemas de monitoreo de la operación del sistema de salud, participando en las áreas de planificación y control, no como voluntarios, sino como ejecutivos dentro de la áreas de toma de

[2] Las entrevistas a los especialistas fueron realizadas en agosto de 2012.

decisiones. Finalmente, considera que hay muchas cosas que ofrecer a nivel micro, por ejemplo para los grupos étnicos del país, se debe ajustar los servicios a su cultura, atenderles con médicos de calidad que hablen su lengua.

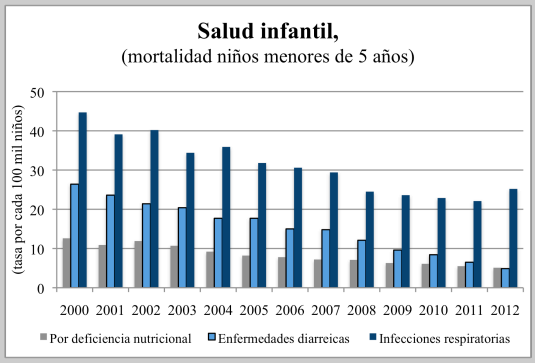
Por su parte, la Dra. Patricia Uribe Zúñiga aborda la necesidad imperiosa de modificar el actual sistema de salud, desde la perspectiva de dotar al Estado mexicano de mecanismos institucionales reales, para que garantice el derecho a la salud. Tal discusión debe ser participativa, con la inclusión de todos los sectores sociales interesados e involucrados en el tema. Específicamente propone la separación institucional de los derechos y prestaciones de la seguridad social, es decir, el enfoque para salud debe ser el derecho a la salud, separándolo del tema laboral, con la base de que la administración pública diferencie las prestaciones. Este eje estructural —de la separación de derechos y prestaciones— tiene como objetivo además de afianzar el derecho a la salud, fortalecer la identificación y rol de las instancias responsables de su cumplimiento, en consecuencia endurecer la rectoría.

En lo urgente, considera Uribe, está resolver la desvinculación entre el financiamiento y el enfoque preventivo en salud. Para ello plantea que en la asignación presupuestria debe de incluirse elementos de enfoque de género, interculturalidad, de derechos y calidad. Es prioritario establecer presupuesto conforme a indicadores y metas. Todo lo cual debe ir acompañado de promoción de la salud; de sólidos sistemas de información en la mira de conformar mecanismos de transparencia y rendición de cuentas reales; la investigación y desarrollo tecnológico como instrumentos para lograr calidad y disminuir deficiencias. De un fuerte contra peso de fiscalización del poder legislativo; y de obligaciones de transparencia y rendición de cuentas de las entidades federativas.

II. Salud de la población

La situación de la salud de la población mexicana muestra claroscuros derivados de los fallos de la política sanitaria y de la fragilidad del sistema de salud.

Dentro de los avances registrados se encuentra la **salud infantil**, medida por la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, que mejoró notablemente en el período de funcionamiento del Seguro Popular 2004 – 2012 pues la mortalidad por enfermedades diarreicas registró una tasa media de crecimiento de -15%, por infecciones respiratorias de -4% y por deficiencia nutricional -7%.



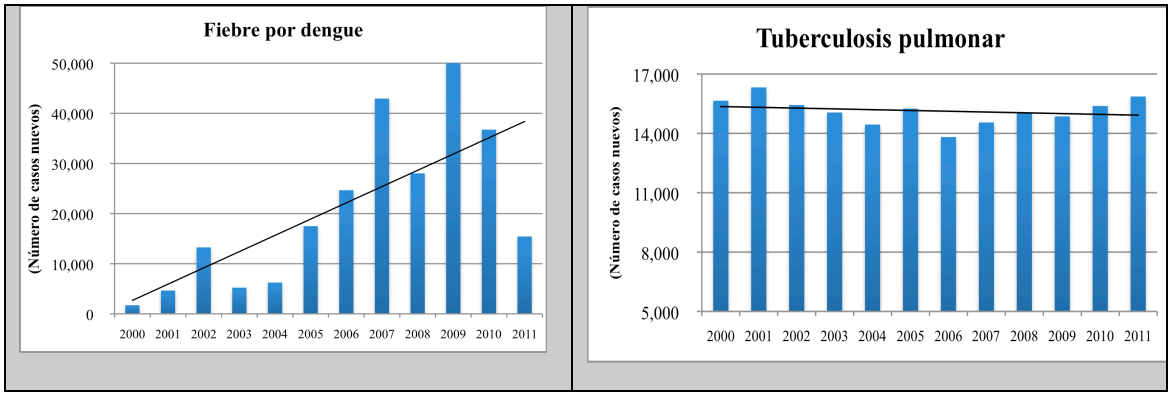
Fuente: Elaboración propia con datos del Sexto Informe de Gobierno, 2012.[3]

En sentido opuesto, es notable que las **enfermedades transmisibles**, particularmente la Tuberculosis pulmonar (TB) y la Fiebre por Dengue no han sido controladas. En TB prácticamente se ha mentenido el número de casos nuevos en los últimos once años en más de 14 mil, mientras que los

[3] Nota de la fuente: Las cifras se elaboraron con las probabilidades de fallecer de menores de cinco años estimadas por CONAPO. Para su cálculo se utilizaron las proyecciones de población del CONAPO a partir de la población del II Conteo de Población y Vivienda 2005. México, 2006. La tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias y diarreicas difiere de lo publicado en informes anteriores, debido a una revisión y modificación por parte de la dependencia responsable.

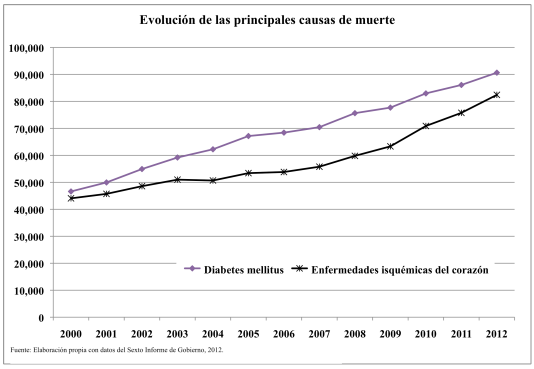
nuevos casos de Dengue han aumentado considerablemente, en el último sexenio, sin considerar la crisis de 2009 cuando se presentaron 120 mil nuevos casos. En el caso del paludismo, se avanzó pues se registró una tasa media de crecimiento de nuevos casos de -15%.

Número de casos nuevos por principales enfermedades transmisibles



Fuente: Elaboración propia con datos del Sexto Informe de Gobierno, 2012.

Con relación a las **enfermedades crónico degenerativas** se ha registrado un incremento notable especificamente en la Diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón que cada año han cobrado la vida de más personas, de acuerdo a la explicación de la Secretaría de Salud, "El incremento se debe a la transición demográfica y epidemiológica por la que atraviesa el país."



Fuente: Elaboración propia con datos del Sexto Informe de Gobierno, 2012.

Reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus.

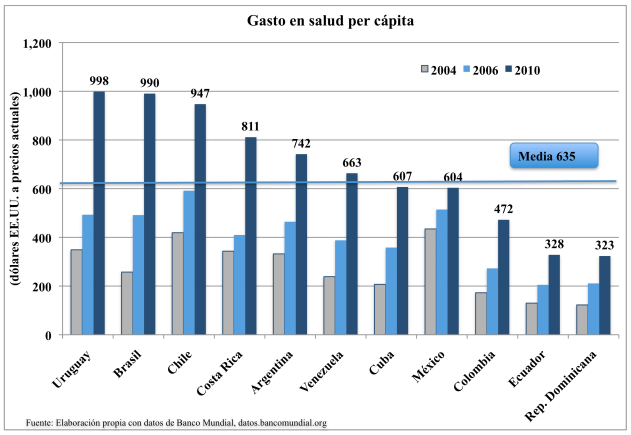
La velocidad observada de crecimiento en la mortalidad por diabetes entre 1995-2006 fue de 4.9% cada año, en promedio. La reducción de 20% de la velocidad de crecimiento representa alcanzar 3.9% anual, cifra que no se ha alcanzado, ya que en 2010 la tasa de mortalidad por esta causa aumentó 4.1%, por lo que éste sigue siendo un reto importante dentro de las acciones del sector salud.

Sexto Informe de Gobierno, 2012.

III. Financiamiento y gestión

Con la creación del *Seguro Popular*, en 2003, el ejecutivo federal se planteó resolver los problemas de financiamiento de la salud entre los que se encontraban: elevar el nivel de gasto público (pues se reconocía su precariedad), resolver la distribución desigual del presupuesto entre entidades federativas y disminuir el gasto que realizan los pacientes al momento de su atención.

A la distancia, es importante responder algunas interrogantes clave con relación al financiamiento a la salud. En tanto que derecho fundamental, la salud debe ser garantizada por el estado mexicano, el financiamiento debe contribuir a que el goce del derecho a la salud sea progresivo y apegado al principio de igualdad, entre otros.



"Un buen sistema de financiación de la salud recauda fondos adecuados para la salud con miras a garantizar que la población pueda recurrir a los servicios necesarios y se halle protegida contra una catástrofe financiera o el empobrecimiento resultante del pago de esos servicios." (Paul Hunt)[4]

El **gasto total** en salud[5] se ha comportado erráticamente en el periodo 2004 – 2010. En 2004 fue de 6.0% como proporción del PIB, decreció a 5.7% los siguientes dos años, se recuperó en 2009 y decreció nuevamente en 2010 a 6.3%. De acuerdo con las expectativas de la Evaluación Financiera realizada para el *SP* en 2006 el gasto total en Salud podría llegar a 7% del PIB en 2010. Medido en términos **per capita, el gasto total en salud** en México ha registrado una tendencia creciente pero a una tasa baja. En el período 2004 - 2010 el gasto per cápita en salud registró una tasa media de crecimiento de 5.6%, valor muy por debajo del promedio latinoamericano de países de ingreso medio que se ubicó en 17%. Para el año 2010, el gasto total per cápita en salud de nuestro país fue de 604 dólares, muy por debajo de Uruguay, Brasil o Chile países cuyo gasto per capita en salud fue de más de 950 dólares.

Uno de los objetivos de la implantación del *Seguro Popular*, y de su programa de acción especifico es el incremento del nivel de gasto para la población sin seguridad social. En efecto, puede observarse que el presupuesto del SP dentro del ramo 12 salud para el periodo 2004-2012 registró una tasa media de crecimiento de 22% en términos reales.

El incremento del gasto no ha implicado el aumento equitativo de la disponibilidad de servicios médicos expresados en camas hospitalarias, consultorios, médicos y enfermeras. La carencia y precariedad en algunas regiones, sobre todo las rurales y urbano marginales impacta negativamente el disfrute del derecho a la salud de las personas que ahí habitan. Comparado con países de América Latina de desarrollo medio, México registra mayor gasto desembolsado por los pacientes, 47% del gasto total en salud comparado con 30% o menos de dichos países.

Dentro de los fenómenos que evidencian las deficiencias financieras en el rubro de la salud destaca el alto porcentaje del gasto privado que financia el total de la salud en México. Pese a que el gobierno de Felipe Calderón se propuso disminuir el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud de 51% (2006) a 44% en 2012, el último avance conocido reveló que en 2010 representaba todavía el 47.21%.

De 2004 a 2010 el **gasto privado**, primordialmente gasto de bolsillo de las personas, se ha mantenido entre 3.1% y 3.3% del PIB, mientras que el **gasto público** ha oscilado entre 2.6% y 3.1%

---

[4] Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt,* 2008.

[5] Los datos provienen de Sistema Nacional de Información en Salud, *Boletín de Información Estadística. Volumen I Recursos físicos, materiales y humanos 2010*, http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html ; del Banco Mundial, http://datos.bancomundial.org/tema/salud así como de la Auditoría Superior de la Federación, *Informe de Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2010* http://www.asf.gob.mx/Section/58_Informes_de_auditoria

cifra más alta alcanzada en 2010, pero que representa menos de la mitad del 8% de lo que dedican en promedio los países de America Latina de desarrollo medio. Esto significa que hasta 2010 la salud continuaba siendo financiada primordialmente con **gasto desembolsado por el paciente** al momento de la atención y que el **gasto público** tuvo sólo un discreto incremento.

La gran proporción del gasto de bolsillo en el financiamiento total de la salud es reflejo inequívoco de la permanencia de la inequidad financiera y del ejercicio de este derecho, ya que significa que las personas, principalmente las que carecen de seguridad social, son quienes aportan la mayoría de recursos al sistema. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud sostiene en su informe de 2010 que el acceso equitativo y la cobertura universal no podrán alcanzarse hasta reducir al menos hasta el 40% el nivel del gasto de bolsillo en el financiamiento de los sistemas de salud.

La creación del *SP* se realizó en un contexto de desigualdad entre las entidades federativas, algunas de las cuales continúan con escasa infraestructura médica, escasos recursos humanos, situaciones que se agravan por **la desigualdad en la distribución del gasto público**. En 2010 las entidades de alta o muy alta marginación, Guerrero, Chiapas, Puebla y Veracruz continúan en los últimos lugares de gasto en salud per capita, e incluso las de mayor marginación retrocedieron en el lugar que ocupaban en 2004, Guerrero pasó del lugar 27 al 28 y Chiapas del 25 al 31.

Es de destacarse que existen graves deficiencias de **gestión** del gasto en las entidades, como lo reflejado reiteradamente los informes de la Auditoría Superior de la Federación (ASF). De las 32 auditorías practicadas para el ejercicio fiscal 2010, una a cada estado, la opinión contenida en los dictámenes de la ASF fue negativa para 20 de ellas y con salvedad para 12. La ASF determinó recuperaciones[6] de dinero por 5,800 millones de pesos, lo que representa el 26% del presupuesto auditado y el 16% del presupuesto total transferido a los estados. En nueve entidades federativas las irregularidades se presentaron entre el 20% y 69% del gasto auditado. Las observaciones fueron por faltante de documentación comprobatoria del gasto o de efectivo en el saldo de la cuenta bancaria, por cuestiones relacionadas con la adquisición de medicamentos, con la nómina y los salarios y por la transferencia de recursos a otras cuentas bancarias de los servicios de salud e intereses generados.

El **control** del gasto es débil tanto en la federación como en las entidades y el ente fiscalizador no tiene facultades suficientes para sancionar. No existe un mecanismo de **rendición de cuentas** a la ciudadanía. Se ha puesto el énfasis en la afiliación al *SP* sin una garantía de acceso efectivo a los servicios de salud. Las metas del *SP* no contemplan el acceso efectivo a los servicios y, solo recientemente en el decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2012 los legisladores aprobaron la disposición para que sea evaluado el acceso efectivo a los servicios médicos.

IV. La salud con enfoque de derechos

En el apartado anterior se ha descrito un sistema de salud fragmentado y con importantes problemas de financiamiento, incapaz de fungir como instrumento para garantizar a cabalidad el acceso equitativo y conforme a derechos a la salud. Esto significa un reto para la nueva administración, ya que la reforma constitucional en materia de derechos humanos en junio de 2011 refuerza y amplía las obligaciones del Estado de progteger, cumplir y garantizar los derechos –entre ellos la salud–

[6] De acuerdo con la ASF "Cuando se generan observaciones como resultado de la fiscalización superior, las entidades fiscalizadas pueden solventarlas durante el desarrollo de las auditorías o al término de éstas, reintegrando los recursos empleados incorrectamente al erario federal, al patrimonio de la institución, o al fondo federal correspondiente, dependiendo el caso. Esto se conoce como recuperación".
Fuente: http://www.asf.gob.mx/Section/47_Impacto_de_la_labor_de_la_ASF

conforme a los estándares y lineamientos establecidos en los tratados internacionales ratificados por México[7].

Esta reforma implica que este gobierno deberá llevar a cabo acciones específicas en torno al diseño, ejecución y evaluación de la política, programas y presupuestos públicos. Dentro de estas acciones específicas, deberá introducir la llamada ***perspectiva o enfoque de derechos.***

El enfoque de derechos supone conocer los principios y estándares en torno al derecho a la salud que emanan del derecho internacional de los derechos humanos (DIDH), incorporarlos a las herramientas de gestión del gobierno –como son las políticas y presupuestos– pero también un cambio en la concepción de afiliados y afiliadas hacia el reconocimiento de las personas como sujetas de este derecho.

¿Por qué el enfoque de derechos?

La perspectiva de derechos proporciona un marco normativo, lineamientos y estándares, a los cuales el gobierno está obligado a cumplir. La apuesta del enfoque es la equidad social, por lo que ésta se convierte en el eje que guía el diseño y efectividad en la ejecución de las políticas sociales y presupuestos públicos. En este sentido, la perspectiva de derechos permite 1) identificar las obligaciones del Estado mexicano en la materia y los niveles que debe alcanzar para cumplirlas; 2) visibilizar las brechas que persisten en determinados grupos sociales y abordar los orígenes que las ocasionan de manera estructural; 3) fomentar la transparencia y rendición de cuentas de los resultados de la política pública, así como la participación de la ciudadanía en su monitoreo y evaluación.

Los principios y elementos del derecho a la salud

La incorporación de la perspectiva de derechos a la política y presupuestos públicos implica conocer el contenido del derecho a la salud. A continuación se exponen brevemente los principios de los derechos humanos en general y los elementos esenciales del derecho a la salud en particular.

Principios de derechos humanos:[8]

- El diseño, ejecución y evaluación de la política pública debe asegurar **"… la satisfacción de por lo menos los niveles esenciales de cada uno de los derechos",** como son la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, etc. y asegurar a todos servicios médicos en caso de enfermedad.

- **Máximo uso de recursos disponibles**. Implica que los Estados deben realizar los esfuerzos necesarios y, más aún, demostrar que los están llevando a cabo, para cumplir y garantizar los derechos humanos mediante la utilización de **todos los recursos que tengan a su alcance**

- **Realización progresiva de los derechos y no retroceso**. Este principio exige al Estado asignar los recursos adecuados para el cumplimiento progresivo y sin retrocesos del derecho.

---

[7] Entre los que destacan el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, entre otros.

[8] La siguiente sección se retoma Oficina en México del Alto Comisionado de Derechos Humanos, Et. Al, *Políticas Públicas y presupuestos con perspectiva de derechos*, México, 2010, p.p 22-25

- **No discriminación e igualdad**. Este principio busca asegurar que los lineamientos de política pública y los recursos presupuestarios se guíen la equidad, que promuevan la igualdad entre mujeres y hombres y otros grupos que se encuentran en situación de discriminación y/o exclusión.

- **Transparencia y rendición de cuentas**. Establece que durante todas las fases presupuestarias y de la política pública debe existir información disponible para evaluar la asignación y ejercicio de los recursos bajo los principios y consideraciones de la perspectiva de derechos humanos.

- **Participación ciudadana.** Todas las fases de las políticas públicas deben ofrecer a las personas la oportunidad de formar parte en las decisiones, así como recoger y valorar sus propuestas.

Por otro lado, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales[9] identifica una serie de elementos básicos que deben estar presentes en el desarrollo de todos los servicios, bienes y políticas públicas relacionados con la salud. Estos elementos son:

- **Disponibilidad.** Supone la existencia de bienes, servicios y centros de atención. Los elementos mínimos que deben estar disponibles son: condiciones sanitarias adecuadas, agua limpia y potable, hospitales, clínicas, personal médico y profesional capacitado así como medicamentos esenciales.

- **Accesibilidad.** Se traduce en cuatro dimensiones: 1) no discriminación en el acceso a servicios y bienes; 2) accesibilidad física y geográfica a los establecimientos; 3) accesibilidad económica de bienes y servicios para todos, especialmente para los desfavorecidos y; 4) acceso a la información.

- **Aceptabilidad.** Significa la necesaria adecuación de los planes y sistemas de salud a las condiciones socioculturales de la población.

- **Calidad.** Supone servicios de calidad, calificación del personal médico y calidad de medicamentos así como del equipo hospitalario.

V. Diagnóstico sobre la inequidad en el ejercicio del derecho a la salud

La disponibilidad de bienes y servicios en salud, como infraestructura y medicinas, no están asegurados con la estructura presupuestaria que define al Ramo 12 Salud en general, y en particular al Sistema de Protección Social en Salud, SPSS; es decir, a la principal fuente de financiamiento de los Servicios Estatales de Salud.

Ello pese al aumento en el periodo 2007–2012, del Ramo 12 con una tasa de crecimiento de 9.56 por ciento, concentrada en el Sistema de Protección Social en Salud, SPSS con una tasa de crecimiento de 13.99 por ciento. En el año 2007 el SPSS representó el 55.86 por ciento del total del Ramo 12, para el año 2012 constituye el 66.59 por ciento.[10] Aun así, es insuficiente para proveer cobertura y calidad de los servicios de salud.

El Presupuesto de Egresos de la Federación ha incluido recursos para cubrir necesidades de infraestructura básica a través del Fideicomiso de Protección Social en Salud. No obstante que ha existido la disponibilidad presupuestaria, en el periodo 2004 – 2011 se transfirieron al Fideicomiso

---

[9] El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por sus Estados Partes. El Comité ha desarrollado Observaciones Generales a los derechos contenidos en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Observación General 14 es la relacionada al derecho a la salud. Es de aquí de donde se desprenden los elementos contenidos en esta sección.

[10] Fuente: Elaboración propia con datos SHCP, del año 2004 al 2011, Cuenta de la Hacienda Pública Federal, año 2012 PEF Aprobado, disponibles en www.shcp.gob.mx

9,488 millones de pesos destinados al Fondo; sin embargo, en el mismo periodo solamente egresaron 3,417 millones pesos, lo que significa que el 64% no fue invertido en infraestructura sanitaria en lugares de alta marginación. Lo cual pone de manifiesto que en este caso no se ha usado el máximo de los recursos de los que disponía el gobierno para avanzar en el cumplimiento del derecho a la salud de la población.

Además de la disponibilidad de servicios de salud, para garantizar el derecho a la salud, debe haber asequibilidad, siendo el gasto de bolsillo uno de sus indicadores más ilustrativos. Pese a que la administración federal 2007-2012 se propuso disminuir el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud de 51% (2006) a 44% en 2012, el último avance conocido reveló que en 2010 representaba todavía el 47.21%.

La última encuesta de satisfacción del Seguro Popular (2011) revela que sólo 61 por ciento del total de usuarios en todo el país pudo surtir todos los medicamentos que le fueron prescritos.[11] Una consecuencia inmediata de la falta de acceso oportuno a los medicamentos es el gasto bolsillo que realizan las personas para obtener sus tratamientos en farmacias privadas.

El gasto de bolsillo afecta a todos los sectores de la población, sin embargo, en los hogares en situación de pobreza y marginación tiene un impacto mayor pues éste se convierte en un gasto catastrófico[12] que merma seriamente la capacidad de los hogares para proveerse de otros elementos básicos de bienestar como lo es la alimentación.

Un componente sustantivo del gasto de bolsillo, es la compra de medicamentos. El monitoreo realizado por Fundar sobre los reportes de compra de medicamentos de los años 2008, 2009, 2010 y primer semestre de 2011[13], identifica dos problemas esenciales: opacidad en el informe de las transferencias que reciben las entidades federativas por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, CNPSS y discrecionalidad en el uso de los recursos para la adquisición de medicamentos[14]. Esta última se manifiesta principalmente en la compra de fármacos a precios superiores a los establecidos por la Secretaría de Salud y la compra de insumos que están fuera de la lista del Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES del Sistema de Protección Social en Salud, SPSS.

Al respecto, los Informes de Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009 y 2010, de la Auditoría Superior de la Federación (ASF), muestran las irregularidades en el uso del presupuesto para la compra de fármacos destinados a los afiliados del Seguro Popular, que han causado un daño a las finanzas públicas por un monto de 648 millones de pesos.

El subejercicio en el presupuesto asignado a infraestructura, el sostenido gasto de bolsillo en las y los usuarios de los servicios, la falta de etiquetación del presupuesto a acciones estratégicas; y la mediocre gestión del gasto; son deficiencias financieras que conllevan al no acceso a la atención en salud. Dan cuenta de ello, los casos de carencias en otorgar una atención plena en salud reproductiva, y en VIH-SIDA.

---

[11] Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados Enero- Diciembre 2011. Secretaría de Salud.

[12] Se considera gasto catastrófico en salud cuando los hogares utilizan 30% o más de sus ingresos disponibles para obtener atención médica y medicamentos

[13] Los reportes de compra de medicamentos se encuentran disponibles en: http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?searchword=reporte+medicamentos&ordering=newest&searchphrase=all&option=com_search

[14] Más información, disponible en: http://www.fundar.org.mx/fundar_1/site/files/Home/Breves/El%20Seguro%20Popular_medicamentos_VFdoc.pdf; http://www.las10faltantes.com/lasdiez/el-seguro-popular-y-el-uso-de-recursos-para-la-compra-de-medicamentos-retos-para-la-transparencia-y-la-rendicion-cuentas/ http://fundar.org.mx/pesosycontrapesos/?p=89

La atención en salud reproductiva es de las que mayor demanda presenta a los servicios de salud. Tras nueve años de puesta en marcha del SPSS las cifras son contundentes: en el año 2011, de las 20 principales causas de egresos hospitalarios, atendidas en el esquema del Seguro Popular, 74.03 por ciento conciernen a causas ginecoobstétricas. Esto es, de los 978,602 egresos hospitalarios registrados, 724,461 corresponden a dichas causas.[15] En un marco de alta demanda y insuficiencias presupuestarias referidas, ocurre que de las 1,207 muertes maternas registradas en el año 2009, 33.1% contaba con Seguro Popular, y en 2010, 39.2% de los 992 fallecimientos registrados fueron de personas afiliadas al programa.

Asimismo, para la atención de VIH, existen Hospitales e Institutos que atienden personas con VIH que no han recibido recursos en todo el periodo, tal es el caso del Instituto Nacional de Pediatría o del Hospital Juárez de México, que no recibe presupuesto etiquetado desde 2006. Por otro lado, debido a la elevada demanda que existe en los Institutos Nacionales de Enfermedades Respiratorias o del de Ciencias Médicas y Nutrición o el Hospital General de México, el presupuesto resulta insuficiente. Lo que puede traducirse en mayores cuotas de recuperación para el paciente y sus familiares, acentuando su vulnerabilidad económica debido a que quienes acuden a estos instituciones de salud, carecen de seguridad social. Igual comportamiento de precariedad presupuestaria ocurre para el abasto y aplicación de la prueba de VIH a toda mujer embarazada, aun cuando la *Norma Oficial Mexicana Para la prevención y el control de la infección por VIH* exige a los servicios públicos, sociales y privados de salud ofertar dicha prueba de VIH a toda mujer gestante es inexistente un mecanismo presupuestario que lo asegure.

Se esperaba que con el SPSS se resolverían en gran medida los impedimentos de acceso económico a la salud y se aseguraría la provisión y disponibilidad de bienes y servicios en salud reproductiva para las mujeres en edad reproductiva —10 a 49 años—. No obstante, esto no ha ocurrido porque las acciones para proporcionarla carecen de gasto específico, por ejemplo, insumos estratégicos como los anticonceptivos, o la atención en salud materna tal como es la estrategia de Embarazo Saludable. Además, el presupuesto se orienta a la atención clínica cuando sucede el evento en salud, y escasamente a la promoción y prevención.

Para estas últimas, en el Ramo 12 Salud, desde el 2009 está el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados, AFASPE, un convenio firmado anualmente entre la federación y cada una de las entidades federativas que contiene presupuesto asignado a los 31 programas de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la SSA (incluye todos los de salud sexual y reproductiva). Sus fuentes de financiamiento son los programas presupuestarios incorporados al *Anexo 10, Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres* y principalmente el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación del SPSS: En el artículo 44 del Decreto del PEF 2012 se indica que hasta el 20 por ciento del SPSS es para el AFASPE.[16] La creación de ambos instrumentos expresan la urgencia de fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud. El AFASPE presenta problemas en su gestión: entre otros ministración tardía de los recursos a las entidades federativas, nula rendición de cuentas públicas desde los niveles federal y estatal. La Auditoría Superior de la Federación, en su último informe de la Cuenta Pública 2010, señala la práctica recurrente de falta de comprobación del gasto por los estados.

---

[15] Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2011 del Sistema de Protección Social en Salud*. Disponible en www.salud.gob.mx

[16] *Diario Oficial de la Federación*, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2012. Artículo 44. La ejecución y operación del Sistema de Protección Social en Salud deberá sujetarse a lo siguiente:… III. Los recursos federales que se transfieran a las entidades federativas por concepto de cuota social y aportación solidaria federal deberán destinarse de la siguiente forma:…c) Al menos el 20 por ciento, para acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades que estén contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Todas estas deficiencias tienen origen y son consecuencia de la opacidad que existe en el manejo de recursos financieros pero también de la falta de generación de información útil y con perspectiva de derechos que sirva para diseñar, implementar y evaluar las políticas públicas en el sector salud. Una de las evidencias que demuestran este dicho es que a pesar que durante los últimos años se ha incrementado el presupuesto en salud, éste no se ha traducido en mejores condiciones de salud de la población a pesar que el promedio de años de vida de las y los mexicanos se ha incrementado.

No basta con incrementar los presupuestos federal o estatales al sector salud o que se creen planes sexenales para mejorar las condiciones de salud de la población. Es necesario que se institucionalicen las condiciones para cumplir con las obligaciones adquiridas a nivel internacional, las cuales representan estándares consensuados por una comunidad amplia que apuntan al ejercicio equitativo del derecho a la salud. Para ello, el Plan Nacional de Desarrollo y en el Plan Nacional de Salud; así como los programas, presupuestos y demás instrumentos de gestión y administración públicas deben estar alineados a dichos estándares, emanados del DIDH.

VI. Recomendaciones para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud

Existen una serie de problemas sistémicos y de financiamiento que actualmente impiden el goce equitativo del derecho a la salud de la población. A partir de ahora, queda en manos de la administración gubernamental introducir en el sistema de salud y en las políticas públicas un enfoque de derechos que garantice que esta situación de desigualdad se revertirá.

Ello requiere, entre otras cuestiones puntuales, basar la política de salud y los presupuestos en el principio de no discriminación, asegurar los recursos suficientes y su uso eficiente, así como mejorar e instrumentar mecanismos de rendición de cuentas que muestren cómo se está cumpliendo con las obligaciones del Estado mexicano en salud.

Recomendaciones generales:

Introducir el enfoque de derechos como eje rector del sistema de salud pública y de las políticas y programas públicos. Ello implica, entre otras cuestiones:

- Realizar un diagnóstico oficial con la participación de la sociedad en su conjunto, sobre la situación actual del ejercicio del derecho a la salud y los mecanismos y recursos con los que cuenta el Estado.

- Garantizar la igualdad y no discriminación de ninguna índole como principios en el diseño y ejecución de políticas sobre acceso a bienes y servicios de salud.

- Asegurar el máximo uso de recursos disponibles. El nivel de gasto total en salud es bajo, comparado con los países similares de América Latina. Es necesario que el financiamiento a la salud sea una prioridad que se refleje en un incremento sustancial del gasto como porcentaje del PIB.

- Garantizar el aumento progresivo y equitativo de la **disponibilidad de servicios médicos**, camas hospitalarias, consultorios, médicos y enfermeras en todas las regiones especialmente en las rurales y urbano marginales con mayores carencias.

- Establecer mecanismos claros de control y fiscalización del gasto en las entidades federativas y la federación, así como de transparencia y rendición de cuentas.

Para cumplir con el derecho de accesibilidad económica a la salud:

- Incrementar la inversión en salud y asegurar que los recursos financieros garanticen la accesibilidad, disponibilidad y calidad de bienes y servicios al punto en que el gasto de bolsillo disminuya considerablemente. La Organización Mundial de la Salud recomienda que el gasto de bolsillo constituya 40% del gasto total en salud.

- Mejorar los mecanismos de transparencia, control y rendición de cuentas que favorezcan la adecuada inversión de recursos en los estados y a partir de ello asegurar una real disponibilidad de bienes y servicios de salud.

- Medir y hacer pública la composición del gasto en salud de los estados para contar con un diagnóstico sobre el porcentaje de gasto de bolsillo prevaleciente en cada entidad federativa.

- Contar con mecanismos de medición de la accesibilidad económica a la salud que 1) incorporen variables a la composición del gasto de bolsillo hasta ahora desconsideradas, como es el caso de los expendios en transporte y 2) valoren otros fenómenos relacionados con la asequibilidad, como es el caso de la demanda insatisfecha en salud.

Para garantizar la disponibilidad de infraestructura sanitaria.

- La agenda sanitaria debe tener como imperativo resolver las carencias y la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, para lo cual un eje central es el incremento sostenido de la infraestructura sanitaria, dotándola del equipamiento, personal sanitario así como de la suficiencia presupuestaria imprescindible para su operación.

- **Igualdad y no discriminación**. Garantizar el acceso a los centros de salud y hospitales bajo el principio de igualdad y sobre una base no discriminatoria, implica que los establecimientos deben ser accesibles a los sectores más marginados de la población. Todas las localidades y municipios deben contar con infraestructura sanitaria en **igualdad de condiciones. Debe cerrarse** la brecha entre las regiones más marginadas rurales, urbano marginales y las menos marginadas, es decir se debe cuidar la **distribución equitativa** de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;

- **Máximo uso de recursos**. Es imprescindible que se destinen los recursos presupuestarios suficientes y se garantice su ejercicio y fiscalización para avanzar expeditamente a la construcción y equipamiento de las obras inscritas en el Plan Maestro de **Infraestructura Física en Salud elaborado** por la Secretaría de Salud. El gobierno federal debe garantizar la inversión del presupuesto que por ley se canaliza anualmente al Fideicomiso de Protección Social en Salud destinado a la creación de infraestructura en zonas marginadas.

- **Rendición de cuentas**. Debe garantizarse el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas a la ciudadanía y su ejercicio regular para dar cuenta del avance en la disponibilidad de infraestructura sanitaria, sobre todo en las regiones marginalizadas y menos dotadas de servicios sanitarios: en las zonas indígenas, rurales y urbano marginales. Rendir cuentas sobre el fortalecimiento e integración de la red hospitalaria de segundo y tercer nivel de atención que fortalezca las redes integrales de servicios.

Para garantizar el acceso efectivo y oportuno de medicamentos:

- **Diseñar e implementar una evaluación del SPSS desde una perspectiva de derechos**, que permita visibilizar y dar cuenta de las brechas e inequidades que persisten en el acceso a bienes y servicios, en particular en la obtención efectiva y oportuna de fármacos. La encuesta de satisfacción no es suficiente para evaluar el impacto del SPSS en la provisión efectiva de medicamentos.

- Realizar un **diagnóstico para identificar los obstáculos en la cadena de abasto de medicamentos** (financiamiento planeación, compra, almacenamiento, distribución y surtimiento de recetas) que impiden la provisión oportuna e inmediata de fármacos. En la actualidad, el abasto de fármacos presenta serias deficiencias, ya sea desde el modelo operado por las instancias estatales o mediante el modelo subrogado, manejado por empresas privadas. En este último existen serios problemas relacionados con la falta de vigilancia por parte de las entidades federativas para que se exija el cabal cumplimiento de los contratos, y debilidad de mecanismos de rendición de cuentas para que los estados transparenten la información de compra de medicamentos que justifique la subrogación de los servicios y, para que se sancione a los responsables involucrados en el desabasto crónico de fármacos. En este sentido **es fundamental que el Estado cumpla con la obligación de proteger el derecho a la salud de los ciudadanos, de terceros que dañan u obstaculizan su ejercicio pleno.**

- **Diseñar e implementar una política integral de medicamentos** que ataque los problemas existentes en la cadena de abasto de medicamentos y **que garantice su acceso a los afiliados, ésta debe:**

  - Exigir la **máxima utilización de los recursos destinados a la compra de medicamentos**, e instar a las entidades federativas a hacer un uso eficiente de los mismos bajo el principio de rendición de cuentas.

  - **Implementar medidas eficientes de compra, distribución y surtimiento de medicamentos.**

  - **Incorporar mecanismos de transparencia y de rendición de cuentas** que incorporen observaciones y recomendaciones que emite la Auditoría Superior de la Federación.

- En el corto plazo es preciso adicionar en el DPEF 2013, mecanismos para un mejor y mayor control de los recursos destinados a la compra de fármacos. En particular, en el artículo que trata de la ejecución y operación del Sistema de protección Social en Salud, es necesario adicionar el siguiente párrafo:

  - **Las entidades federativas deben incluir en el reporte semestral de compras de medicamentos, una explicación que de cuenta de los procesos de licitación o adjudicación directa para la adquisición de fármacos, ésta debe contener los criterios de toma de decisión.** Con ella se podrán identificar prácticas de compra que favorecen o perjudican los objetivos del SPSS.

- Finalmente, a mediano plazo es imprescindible i**mplementar prácticas corresponsables que involucren a la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y las entidades federativas para garantizar la provisión oportuna de medicamentos a toda población y, en suma, el ejercicio efectivo del derecho a la salud.**

Para garantizar el acceso a servicios de salud en materia de salud sexual y reproductiva:

- Realizar un diálogo nacional acerca del modelo de salud, en miras a constituir un funcionamiento real de las redes de los servicios de salud.
- Reposicionar el papel rector del ámbito federal,[17] en su función de proveer instalaciones, bienes y servicios médicos de calidad.
- Contar con una asignación presupuestaria progresiva y etiquetada para las acciones en salud sexual y reproductiva, sujeta a una evaluación periódica enmarcada en los principios y elementos de los derechos humanos. Particularmente en el derecho a la salud, y los derechos sexuales y reproductivos.
- Fortalecer de los mecanismos existentes, y crear nuevos de transparencia y rendición de cuentas del gasto público en salud.
- Asegurar procesos participativos en torno a la elaboración y realización de la política pública, y del impacto de la misma.
- Establecer obligaciones de rendición de cuentas en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2013 para los documentos presupuestarios vigentes: el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados, AFASPE; Programas Presupuestario U007 Reducción de Mortalidad Materna, P017 Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud, P016 Prevención y atención de VIH/SIDA y otras ITS del Anexo 10; Anexos I, II, III, y IV de los Acuerdos de Coordinación del Sistema de Protección Social en Salud.

Para mejorar la calidad de la información generada por las dependencias del gobierno mexicano involucradas en la prevención y atención del VIH en México:

- Que las dependencias involucradas en la prevención y atención del VIH generen y conserven información de manera periódica, sistemática y actualizada que permita incluso, ser comparada tanto entre instituciones como en periodos de tiempo. Esta información debe comprender desde el número de nuevas infecciones por VIH hasta el costo que tiene la atención médica y hospitalaria de una persona con complicaciones por la infección del virus, pasando por el número y costo de tratamientos antirretrovirales adquiridos para personas con VIH. También deben generarse indicadores que permitan estudiar la expansión del VIH en poblaciones en las cuales la infección no está concentrada en México, como por ejemplo, como mujeres heterosexuales, mujeres embarazadas, poblaciones migrantes, en situación de calle, indígena o privada de su libertad.

- Que las dependencias involucradas en la prevención y atención del VIH pongan a disposición del público, mediante sus páginas electrónicas, la información de los servicios de salud relacionados con la infección que ofrecen con el objetivo que la población interesada acuda a solicitarlos. En caso que no sea posible, que el CENSIDA concentre y ponga a la disposición de la ciudadanía en su página de internet esta información con dos objetivos: el primero, que las personas tomen mejores decisiones respecto a la detección o atención del VIH; y segundo, que la información sirva para evaluar la respuesta que México da al VIH, pues dicha información abonaría a la transparencia y la rendición de cuentas sobre las decisiones que México toma respecto a la infección.

---

[17] Axela Romero Cárdenas, "La importancia de legislar en materia de salud", en Comunicación e Información de la Mujer A.C. y Fundación Friedrich Ebert, *Pendientes Legislativos a favor de los derechos humanos de las Mujeres. Recuento de iniciativas pendientes de la LIX y LX Legislatura*. México, Pág. 16.