

Derecho a la salud: disponibilidad de infraestructura sanitaria

Briseida Lavielle / briseida@fundar.org.mx

En México, en los años recientes se ha incrementado notablemente la afiliación de la población sin seguridad social al Sistema de Protección Social en Salud, conocido como *Seguro Popular*, (*SP*) que es el mecanismo a través del cual el Estado mexicano busca garantizar el derecho a la salud de dicha parte de la población. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud reportó que 51.8 millones de personas habían sido afiliadas al *SP* al cierre de 2011 y declaró el logro de la *cobertura universal* de salud en 29 entidades federativas.

Sin embargo, la afiliación al *SP*, por si misma, no garantiza a las personas el acceso efectivo a los servicios de salud y no necesariamente garantiza su derecho a la protección de la salud, como es el mandato de nuestra Constitución. La salud es un derecho fundamental y, para que se ejerza plenamente debe cumplir con los principios que rigen a los derechos humanos, tales como **igualdad y no discriminación**, **progresividad** y **máximo uso de recursos**, además el Estado mexicano debe **rendir cuentas** acerca de sus obligaciones para darle cumplimiento.

El diseño de la política pública de salud debe contemplar los problemas de disponibilidad de infraestructura pública y así como los que existentes para hacer máximo uso de recursos disponibles, algunos de los cuales se explican a continuación.

Uno de los elementos esenciales para el cumplimiento del derecho a la salud es la **disponibilidad**, que significa que el Estado deberá contar con un **número suficiente** de **establecimientos**, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud. Analizando la disponibilidad de establecimientos, es decir, la infraestructura sanitaria, se puede observar que México tiene un número precario y una desigual distribución de los mismos.

Comparado con países de América Latina con ingresos medios altos¹ en 2010 el número de camas hospitalarias en México se encontró por debajo: mientras que la media latinoamericana fue de 2.2 camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes, nuestro país contó con apenas 1.6 camas, muy por debajo de Argentina (4.5 camas) y Cuba (5.9). Además, se puede observar que el país no avanzó de 2006 a 2010, sino que mantuvo el mismo número de camas hospitalarias por cada 1,000 personas; es decir, no hubo un **avance progresivo** en la disponibilidad de camas hospitalarias en este periodo.

La disponibilidad de consultorios para la población sin seguridad social es precaria y muy **desigual** entre los estados y, al interior de los mismos, entre los municipios. A nivel nacional existía apenas una disponibilidad de 0.6 consultorios por cada 1,000 habitantes sin seguridad social². Analizando la información a nivel municipal, la variación va desde cero consultorios hasta diez o más por cada 1,000 habitantes. Se puede observar que la disponibilidad de consultorios se reduce a medida que aumenta el nivel de marginación de los municipios pues aquellos con baja marginación disponen de 0.62 consultorios, mientras que los de muy alta marginación se encuentran en peores condiciones pues apenas disponen de 0.35 consultorios por cada mil habitantes sin seguridad social.

¹ De acuerdo con la clasificación y datos del Banco Mundial, en su sitio de Internet datos.bancomundial.org

² Sistema Nacional de Información en Salud, *Boletín de Información Estadística. Volumen I Recursos físicos, materiales y humanos 2009*.

En la Ley General de Salud está previsto el desarrollo de infraestructura usando los recursos del SP y siguiendo el Plan Maestro de Infraestructura. Para ello, se creó la previsión presupuestal anual con una parte de los recursos que aportan tanto la federación como las entidades para resolver las deficiencias de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados de mayor marginalidad y que son administrados a través del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. Desde entonces, el Presupuesto de Egresos de la Federación ha incluido recursos para cubrir la parte federal correspondiente al Fondo de Previsión Presupuestal. No obstante que ha existido la disponibilidad presupuestaria, en el periodo 2004 – 2011 se transfirieron al Fideicomiso 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. Ello 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.

La precariedad de la disponibilidad de infraestructura médica y su distribución desigual implica desigualdad en el acceso a los servicios de salud y que amplios grupos de población se encuentren excluidos de ellos. El derecho a la salud de esta población se ve vulnerado en tanto las obligaciones del Estado con relación al derecho a la salud, que derivan de la normativa nacional e internacional, no se cumplen. Por ejemplo, el Estado tiene la obligación de adoptar medidas para lograr progresivamente la plena efectividad del derecho a la salud. Por ello, la próxima administración pública debe garantizar, en apego al mandato constitucional y los convenios internacionales signados por México en materia de derecho a la salud las siguientes:



Recomendaciones

Garantizar la disponibilidad de infraestructura sanitaria. La agenda sanitaria tiene 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 y personal sanitario, así como de la suficiencia presupuestaria imprescindible para su operación. Debe garantizar la existencia de un **número suficiente** de establecimientos para la atención a la salud como centros de salud, hospitales, laboratorios, etc. También garantizar que los establecimientos estén al **alcance geográfico** de toda la población sobre todo en las zonas rurales.

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.