

Derechos reproductivos y presupuesto: reto para 2013 - 2018

Por Daniela Francisca Díaz Echeverría¹
genero@fundar.org.mx

- **Factible consolidar la rectoría en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.**
- **Fijar objetivos, estrategias, líneas de acción e indicadores con los responsables de programas en salud reproductiva.**
- **Los programas institucionales relativos a la salud reproductiva deben tener presupuesto suficiente para asegura su desarrollo efectivo.**
- **Debe asegurarse presupuesto para todo el proceso de atención en salud reproductiva.**

El marco de derechos reproductivos y de derecho a la salud

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, CIPD, y la Organización Mundial de la Salud definen a la salud reproductiva como: completo bienestar físico, mental y social en todas las áreas relacionadas con los sistemas y procesos reproductivos.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, así como la libertad para decidir hacerlo o no, cuando y con que frecuencia.² Los derechos reproductivos y salud reproductiva fueron retomados por los países de Naciones Unidas, en el 2005 al agregar a los Objetivo de Desarrollo del Milenio, *la Meta 5.B: Lograr para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva*. Lograr la meta conlleva la disponibilidad de todos los bienes y servicios en salud para el cumplimiento de sus indicadores particulares.

En México la salud reproductiva se expresa como derechos reproductivos al establecerse a modo de derecho constitucional en el *Artículo 4º. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos*. En este artículo también se explicita el derecho a la salud: *Toda persona tiene derecho a la protección de la salud*.

Ambos derechos: Derechos reproductivos y derecho a la salud, se respaldan en la Constitución por el *Capítulo I. De los derechos humanos y sus garantías, Artículo 1º. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia*.³ Para ambos derechos existen, por lo menos, dos tratados internacionales de derechos humanos vinculantes: la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).

¹ Responsable del proyecto Salud reproductiva y presupuesto en el Área de Presupuestos y Políticas Públicas de Fundar, www.lacoalicion.org.mx

² *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, el Cairo, 1994*. Primera parte. Capítulo VII. Derechos reproductivos y salud reproductiva. Disponible en <http://estudiosdelamujer.wordpress.com/2010/09/26/programa-de-accion-de-la-conferencia-internacional-sobre-la-poblacion-y-el-desarrollo-el-cairo-1994/>

³ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, información disponible en <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm>

Este marco de derechos amparados jurídicamente, deben desarrollarse en la planeación y programación nacional.

¿Qué dice el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018?

La salud reproductiva, se establece en dos componentes del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: en la Estrategia Transversal *Perspectiva de Género*, y en la Meta Nacional II México Incluyente.⁴ Su tratamiento es sustancialmente más débil a otros elementos relativos a la desigualdad de género incluidos en el PND. Para la Estrategia transversal, el énfasis es la violencia hacia las mujeres, y para México Incluyente, lo sustantivo es el fortalecimiento del sistema de salud mexicano, a través de la conformación de un sistema nacional de salud unificado. Se dejó fuera, explicitar la articulación de la salud reproductiva con todos los objetivos, y estrategias relacionadas con la salud.

En la Estrategia Transversal *Perspectiva de Género*, es una de las tres dimensiones que se afirma, reflejan las desventajas de las mujeres y que componen el *Indicador Índice de Desigualdad de Género*.^{*} A su vez el Índice se integra por 5 indicadores, dos de los cuales se enmarcan en la salud reproductiva: 1) *Tasa de Mortalidad Materna*, y 2) *Tasa de Fecundidad Adolescente*.

En la Meta Nacional II. México Incluyente, se ubica en el *Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud. Estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. Líneas de acción: Controlar las enfermedades de transmisión sexual, y promover una salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable.*

*** Indicador:** Índice de Desigualdad de Género. **Descripción general:** El Índice de Desigualdad de Género (IDG) refleja la desventaja de las mujeres en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento y mercado laboral. Disponible en: www.pnd.gob.mx

Sobre cifras de atención y presupuesto

La atención a la salud por parte de los servicios estatales de salud, es financiada por el Ramo 33 Fondo de Aportaciones a los Sistemas de Salud (FASSA), y el Ramo 12-Salud.

Desde la implementación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el aumento presupuestario del ramo 12 ha venido de la mano con el incremento del SPSS. La Tasa de crecimiento del periodo 2004-2013 del Ramo 12-Salud es de 12.72 % y la del SPSS es de 20.53 %.

Dentro del Ramo 12 es nítida la importancia del SPSS, pues la inyección de gasto para ese esquema de financiamiento es de considerable peso. El presupuesto del ramo creció a un ritmo menor que el SPSS al pasar de 23,694.02 millones de pesos en el 2004 a 121,856.57 millones de pesos para el año 2013. Es decir, en diez años aumentó en 5.14 veces. En cambio el SPSS —que pasó de 7,747.55 millones de pesos en el 2004 a 77,830.03 millones de pesos en el 2013— creció 10.04 veces en dicho periodo de tiempo.

La gestión de esta enorme bolsa de presupuesto solo se reporta públicamente con dos indicadores agregados nacionalmente: a) el porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular, y b) personas nuevas incorporadas al Seguro Popular. La distribución del presupuesto a las entidades federativas se estructura por rubro de gasto,⁵ y no se difunde la

⁴ Se definen tres estrategias transversales: i) Democratizarla Productividad; ii) Gobierno Cercano y Moderno; y iii) Perspectiva de Género. Disponible en: www.pnd.gob.mx

⁵ En el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2013, se estipula la distribución siguiente: hasta el 40 por ciento, por concepto de remuneraciones del personal; hasta el 30 por

forma de su gestión, ni su impacto en la calidad, la accesibilidad, la disponibilidad y la aceptabilidad en los servicios de salud estatales.

El presupuesto al SPSS y su impacto en la prestación de servicios en salud reproductiva

La orientación de la afiliación del SPSS se enfatiza en las mujeres durante el embarazo o el parto. La Cuenta de la Hacienda Pública 2012,⁶ señala que se afiliaron 1,818,298 mujeres a la estrategia de Embarazo Saludable del Seguro Popular, y que se continuó con el Convenio de Universalización de la Atención de Emergencias Obstétricas. Por su parte, en el *Informe de Resultados 2012* del Sistema de Protección Social en Salud, se indica que del 100 por ciento de los egresos hospitalarios registrados un 51.47 por ciento es por causas gineco-obstétricas, resaltando el 24.60 por ciento por parto único espontáneo. Es de llamar la atención sobre los 51,977 casos registrados por aborto, con un 4.90 por ciento del egreso hospitalario. Igualmente para el caso de las principales causas de atención de urgencias, el primer lugar con un 8.3 por ciento, lo tiene la Supervisión de embarazo normal no especificado, con 215,988 casos.

No obstante esta dinámica en atención en salud reproductiva, no se informan una serie de asuntos relativos a las condiciones de los servicios, entre otros sobre la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, la calidad de la atención y el tamaño de la cobertura. Tampoco se notifica, cuanto del gasto asignado y ejercido se orienta a la atención en salud reproductiva.

Es inexistente un instrumento de rendición de cuentas que por ejemplo explique porque si los anticonceptivos son parte de los insumos básicos fijados en el Seguro Popular, las carencias en la provisión de anticonceptivos en mujeres adolescentes e indígenas. La última Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID 2009), revela que la necesidad insatisfecha de las adolescentes es de un 24.6 % y en las mujeres hablantes de lengua indígena un 21.5 %.⁷

De igual manera el incremento de las muertes materna en mujeres con Seguro Popular, 33.1 % de las fallecidas para el 2009, aumenta a 39.20 el 2010, y sube aún más el 2011 con 48.10 %.⁸

En comparación al esquema financiero basado en un paquete de intervenciones en salud, que es el correspondiente al SPSS— el gasto etiquetado para atención en salud reproductiva en el Presupuesto de Egresos de la Federación, tiene un peso a todas luces menor:

- En el presupuesto 2012, del total del Ramo 12-Salud, el SPSS representó el 67.39 por ciento, en contraste el gasto para atención en salud reproductiva etiquetado en el Anexo 12 Erogaciones para la igualdad entre Mujeres y Hombres, es el 1.29 por ciento.⁹
- Para el año 2013, las cifras se mantienen, el SPSS es el 63.87 por ciento del total del ramo 12-Salud, y el gasto asignado a salud reproductiva en el Anexo 12 Erogaciones para la igualdad entre Mujeres y Hombres, representa el 1.62 por ciento.

ciento, por concepto de adquisición de medicamentos, material de curación y otros insumos; al menos el 20 por ciento, para acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades y hasta el 6 por ciento, para el gasto operativo.

⁶ Disponible en:

http://www.apartados.hacienda.gob.mx/contabilidad/documentos/informe_cuenta/2012/docs/r03/r03d20.pdf

⁷ Esperanza Delgado, Doroteo Mendoza, MEXFAM, “Necesidad de acceso a la planificación familiar como derecho humano fundamental”, en Coalición por la Salud de las Mujeres, *Todos los derechos para todas y todos: Diagnóstico y retos pendientes rumbo a la construcción del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Disponible en www.lacoalicion.org.mx

⁸ Fuente: Observatorio de Mortalidad Materna, cifras disponibles en www.omm.org.mx

⁹ Para el año 2006 representó el 51.43 por ciento, 55.86 por ciento en el 2007, 55.10 por ciento en el 2008, 58.50 por ciento en el 2009, 63.36 por ciento en el 2010, y 66.95 por ciento en el 2011.

Ciertamente, para la atención en salud reproductiva se asignan y ocupan más recursos financieros que los etiquetados en el Anexo 12. Porque tal y como lo expresan los datos de atención hospitalaria, existe una fuerte demanda por servicios en salud reproductiva.

Sin embargo, lo amarrado presupuestariamente es insignificante en comparación a lo asignado al SPSS, hecho que se agrava con la falta de etiquetación de presupuesto a la estrategia de Embarazo Saludable, la cual establece una serie de acciones de atención a la mujer durante el embarazo, parto y posparto.

Con ese contexto cabe preguntar ¿cómo se asegura la aplicación real de los programas en salud reproductiva y de Embarazo Saludable? Es más, ¿cómo se garantiza la atención en salud reproductiva? Siendo uno de los mecanismos para concretar las obligaciones constitucionales de protección a los derechos reproductivos y el derecho a la salud.

Reflexiones y recomendaciones

Rendición de cuentas: Uno de los ejes del problema, precisamente es la disociación entre los requerimientos de la población, la estructura de asignación del presupuesto y las formas de evaluar el ejercicio del gasto. En definitiva, el armado de la rendición de cuentas es incipiente, pero es urgente impulsarla sobre todo ante el peso de los recursos financieros del SPSS, y las carencias en atención en salud de las poblaciones pobres.

Por ejemplo, con el pretexto de la descentralización, ni la federación ni las entidades federativas cumplen con la obligación gubernamental de rendir cuentas sobre el presupuesto y las condiciones en que se otorga la atención a la salud reproductiva, y del acceso de la población a esta.

Los tomadores de decisión no toman las evaluaciones en la prestación de los servicios, la gestión del gasto, y en el impacto poblacional— al Sistema de Protección Social en Salud (independientemente de la calidad de las mismas) como insumos para mejorar la actual estructura presupuestaria del SPSS. Es inaplazable cambiar los dos indicadores presupuestarios actuales — constreñidos a la afiliación—, y desagregar la asignación del gasto por entidad federativa, y población por sexo.

Estos son componentes básicos que debe contener cualquier presupuesto de soporte de servicios esenciales para el desarrollo de un país, como es la salud.

A la fecha el presupuesto para el SPSS, al igual que el Ramo 33-FASSA, se transfieren a las entidades federativas, en un esquema de grandes totales, esa es una de las razones por las que no se da cuenta del destino del presupuesto y se diluyen las obligaciones de responder por el ejercicio del gasto. Se debe rendir cuentas no sólo en términos del porcentaje de utilización del gasto, sino sobre su contribución al fortalecimiento de las capacidades: a) de los servicios de salud, b) de las redes de atención. Asimismo c) debe proporcionarse información sobre la atención de las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, por sexo, pertenencia étnica, clase y ubicación geográfica.

Es apremiante regular y fortalecer un sistema de rendición de cuentas real del SPSS. El próximo Programa Sectorial de Salud (PNS), y el Presupuesto de Egresos de la Federación 2014, son instrumentos sustantivos y de oportunidad para conformarlo.

Atención en salud reproductiva, presupuesto y género: Si la perspectiva de género es uno de las tres estrategias y líneas de acción transversales del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, y la salud, pilar de una de las cinco metas nacionales del PND: *México Incluyente*, es básico su articulación en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, PSS.

Para ese fin, el PSS debe asumir a la salud reproductiva como uno de sus ejes, en consecuencia uno de sus objetivos prioritarios. Identificando las responsabilidades de la administración pública

federal, y de las entidades federativas para su gestión. Debe establecer obligaciones de rendición de cuentas explícitas, con transparencia de la información.

El PSS debe establecer una política de atención enmarcada en los derechos sexuales y reproductivos—de poblaciones específicas: indígenas, adolescentes, jóvenes, mujeres no unidas, mujeres con VIH.

Adicionalmente debe definir una política de eliminar las brechas en la disponibilidad y acceso a servicios de salud reproductiva.

Para que esto sea posible realmente, debe cambiarse la actual estructura de presupuesto que lo obstaculiza: grandes totales enmarcados en la opacidad, y etiquetaciones parciales en el proceso de atención.

Es recomendable e inaplazable la transformación hacia una presupuestación enmarcada en obligaciones de rendición de cuentas, con criterios explícitos de control de gasto, fiscalización y transparencia, un esquema de planeación de política pública en salud reproductiva articulada al presupuesto con monitoreo, evaluación, recolección de información estadística, de calidad, oportuna y completa,¹⁰ transparente, pública, que de cuenta sería del uso del presupuesto y de su aplicación estratégica para en materia de salud reproductiva, avanzar en la igualdad de género.

Rectoría, descentralización, presupuesto y salud reproductiva: Es fundamental la recuperación de la rectoría de la cabeza de sector en materia de salud, como uno de los mecanismos fundamentales para la aplicación real de la política pública en salud reproductiva.

Los casos reiterativos de insuficiencia en la prestación de servicios en salud reproductiva, reflejan carencias en la fiscalización desde las dependencias públicas de salud, y elementos de obligatoriedad por el aparato público sanitario para la implementación de las estrategias en salud reproductiva.

La descentralización de la gestión de los servicios y del presupuesto, no debe ser un argumento para eludir responsabilidades gubernamentales. Es recomendable su revisión a profundidad, con una discusión nacional, amplia, participativa y pública.

Por lo pronto, es una meta factible a consolidar en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, para lo cual se deben fijar objetivos, estrategias, líneas de acción e indicadores con responsables de programas y la atención en salud reproductiva que cuenten, decidan, y reporten sobre recursos financieros para su disponibilidad. En resumen, es sustantivo que los programas institucionales relativos a la salud reproductiva cuenten con el presupuesto suficiente para asegura su desarrollo efectivo. Debe asegurarse presupuesto para todo el proceso de atención en salud reproductiva. A la fecha ello no es así.

¹⁰ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL, *Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud*. México, 2013. Disponible en http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf