

El presupuesto para salud reproductiva, el caso de la salud y mortalidad materna: el modelo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012

Daniela Díaz Echeverría¹ / genero@fundar.org.mx

El diseño de la política pública y las asignaciones presupuestarias suelen desconocer² los obstáculos económicos, políticos y culturales que impiden el ejercicio de los derechos humanos en los servicios públicos.³ Problemas sociales que reflejan nítidamente estos vacíos son la mortalidad materna, el embarazo en adolescentes, la falta de acceso y desabasto de anticonceptivos, la falta de una respuesta integral a VIH en mujeres, la calidad deficiente y las prácticas discriminatorias en la atención a la salud. No obstante que es una obligación del Estado mexicano garantizar los derechos reproductivos y de la salud, el modelo de asignación de presupuesto no garantiza una provisión de calidad y apegada a los derechos humanos, conforme a las necesidades de la atención a la salud sexual y reproductiva.

El paradigma de los derechos es el que contiene las plataformas de igualdad y equidad, por lo que sus metas requieren articularse en la política pública e instrumentalizarse en programas. En el caso de las mujeres, el problema se agrava porque la salud sexual y reproductiva se atiende de forma diferenciada según el género.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y la salud sexual y reproductiva: ¿acceso y disponibilidad?

En el periodo 2007-2012, el Ramo 12 Salud, registró una tasa de crecimiento del 9.56%, concentrada en el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), con una tasa de crecimiento de 13.9%. En el año 2007 el SPSS representó el 55.86% del total del Ramo 12 y para el 2012 constituye el 66.59%.⁴ Aun así, es insuficiente para proveer cobertura y calidad en los servicios de salud.

Era de esperar que con el SPSS se resolverían en gran medida los impedimentos económicos de acceso 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). Esto no ha ocurrido porque las acciones tomadas para proporcionarla carecen de gasto etiquetado (por ejemplo, para insumos estratégicos como los anticonceptivos, o la atención en salud materna, tal como se plantea en la estrategia de Embarazo Saludable). Además, el presupuesto se orienta a la atención clínica del caso, y escasamente a la promoción y prevención. Para estas últimas, desde el 2009 existe 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 un presupuesto asignado a los 31 programas de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la SSA, que incluyen 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

¹ Fundar, Centro de Análisis e Investigación, es integrante de la Coalición por la Salud de las Mujeres, red que se ha enfocado al monitoreo del presupuesto en materia de salud sexual y reproductiva. Para más información, visitar www.lacoalicion.org.mx

² Christian Gruenberg, miembro del Colectivo para la Diversidad (2010). "Pobreza, género y derechos en las políticas contra la pobreza. Conectando el género y el clientelismo en los Programas de Transferencias Condicionada". Documento de trabajo preparado para la conferencia *Clientelismo Político, Políticas Sociales y la Calidad de la Democracia: Evidencia de América Latina, Lecciones de otras Regiones* en Quito (Ecuador) el 5 y 6 de noviembre.

³ Cálculos elaborados con datos de la SHCP del año 2004 al 2011, la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2012, PEF aprobado, disponibles en www.shcp.gob.mx.

⁴ "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)". Secretaría de Hacienda y Crédito Público. "Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2012. Artículo 44", *Diario Oficial de la Federación*.

decreto del PEF 2012, se indica que mínimo el 20% del SPSS es para el AFASPE.⁵ La creación de ambos instrumentos expresan la urgencia por fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud. El AFASPE presenta problemas en su gestión; entre otros, la ministración tardía de los recursos a las entidades federativas y la nula rendición de cuentas públicas en los ámbitos federal y estatal. La Auditoría Superior de la Federación, en su último informe de la Cuenta Pública 2010, señala la falta recurrente de comprobación de gasto en los estados.

La atención a la 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% conciernen a causas ginecoobstétricas. Esto es, de los 978 602 egresos hospitalarios registrados, 724 461 corresponden a dichas causas. En un marco de alta demanda e insuficiencias presupuestarias, como la falta de etiquetación y calidad en la gestión del gasto, ocurre que de las 1207 muertes maternas registradas en el año 2009, el 33.1% de las mujeres contaba con el Seguro Popular, y en 2010, el 39.2% de los 992 fallecimientos registrados fue de personas afiliadas al mismo programa.

Otro ejemplo de atención deficiente es el relativo al VIH en mujeres. 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 la prueba de VIH a toda mujer embarazada, no existe un mecanismo presupuestario que lo asegure. Esta situación se repite en otra serie de bienes y servicios destinados a otorgar atención a la salud sexual y reproductiva debido a la falta de asignaciones específicas y, en contraparte, a asignaciones agregadas a través del Ramo 33 y del SPSS en el Ramo 12. Tales deficiencias se agudizan por una falta de rendición de cuentas públicas que relacione presupuesto con indicadores y metas en la atención a la salud reproductiva.



Recomendaciones

- Modificar el Ramo 12 y el Decreto del PEF en materia del SPSS para que el Estado mexicano pueda garantizar el acceso a servicios de salud en materia de salud sexual y reproductiva; esto significa: Realizar un diálogo nacional acerca del modelo de salud, para constituir un funcionamiento real de las redes de los servicios de salud.
- Reposicionar el papel rector del Estado, desde el ámbito federal, en su calidad de proveedor de instalaciones, bienes y servicios médicos de calidad.⁶
- Contar con una asignación presupuestaria progresiva y etiquetada para las acciones destinadas a la salud sexual y reproductiva, sujeta a una evaluación periódica y enmarcada en los principios y elementos de los derechos humanos, particularmente en los derechos a la salud sexuales y reproductivos.
- Fortalecer los mecanismos existentes, y crear otros 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 al impacto de la misma.
- Establecer obligaciones de rendición de cuentas en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2013 (o en su decreto) en los siguientes documentos presupuestarios vigentes: el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE); los programas presupuestarios 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; y los Anexos I, II, III, y IV de los Acuerdos de Coordinación del Sistema de Protección Social en Salud.

⁵ Cálculos elaborados 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

⁶ Axela Romero Cárdenas, “La importancia de legislar en materia de salud”, en *Pendientes legislativos a favor de los derechos humanos de las Mujeres. Recuento de iniciativas pendientes de la LIX y LX Legislatura*. México: Comunicación e Información de la Mujer AC y Fundación Friedrich Ebert, p. 16.