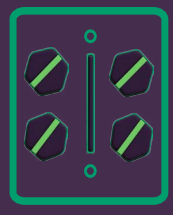
SALUD PARA TODES
Estudios sobre salud pública

BUSCANDO EL CAMINO

Presupuesto y compra de medicamentos para la salud sexual y reproductiva de las mujeres



(↑) Presupuesto
(+) Transparencia y rendición de cuentas

fundar
Centro de Análisis e Investigación

BUSCANDO EL CAMINO.
PRESUPUESTO Y COMPRA DE MEDICAMENTOS PARA
LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES

Esta publicación fue sometida a un proceso de revisión y lecturas especializadas conforme a los criterios editoriales de Fundar. Centro de Análisis e Investigación, A.C.

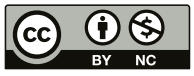
AUTORAS:
Fundar Centro de Análisis e Investigación
Janet Oropeza Eng
Matilde Pérez Romero

COLABORACIONES:
Mexfam
Jennyfer Jiménez
Nosotrxs y Colectivo Cero Desabasto
Andrés Castañeda
Frida Romay

CUIDADO EDITORIAL Y *PROOFREADING*
Claudia de Anda
Claudia García

DISEÑO EDITORIAL
El Recipiente

CORRECCIÓN DE ESTILO
Lucía Melgar



© Fundar, Centro de Análisis e Investigación A. C.
Cerrada de Alberto Zamora 21, Col. Villa Coyoacán,
Del. Coyoacán, C.P. 04000, Ciudad de México

PRIMERA EDICIÓN: septiembre de 2022

FORMA RECOMENDADA DE CITAR:
Oropeza. J. Pérez. M. (2022). *Buscando el camino. Presupuesto y compra de medicamentos para la salud sexual y reproductiva de las mujeres*. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 92 pp. Ciudad de México.

FE DE ERRATAS

En la edición publicada en septiembre de 2022 de *Buscando el camino. Presupuesto y compra de medicamentos para la salud sexual y reproductiva de las mujeres* se menciona que, en 2020, el 48% de los 64 millones de mujeres en el país no estaba afiliada a ningún servicio de salud (p. 5 y 15); sin embargo, este porcentaje se refería más bien a la proporción de mujeres que en ese año perdieron el acceso a servicios de salud respecto a la cifra reportada por Coneval de 15.6 millones de personas. Por ello, para la segunda edición de esta publicación (octubre de 2022) los datos de cobertura en salud fueron sustituidos por los de derechohabiencia, según lo reportado en el último Censo de población y vivienda 2020, así como aquéllos de mujeres en situación de pobreza con información que el Inmujeres retomó del Coneval.

CONTENIDO

Resumen ejecutivo 5

Hoja de siglas 12

Introducción 15

1. Contexto y marco normativo del derecho a la SSyR de las mujeres en México 18

1.1 Planificación familiar y derecho a una sexualidad libre e informada 19

1.2 Aborto legal 21

1.3 Muerte materna 23

1.4 Violencia como problema público y de salud 27

2. Asignación de recursos para la política pública de SSyR 28

2.1 Programas de Acción Específica de SSyR 28

2.2 ¿Cuáles son las fuentes de financiamiento para las estrategias SSyR y cómo funcionan? 30

2.3 Recursos ejercidos para la compra de medicamentos de SSyR 33

3. Las compras a nivel federal de medicamentos de los PAE de SSyR 38

3.1 El modelo de compra de medicamentos hasta 2018 39

3.2 2019: un cambio de modelo de compras 43

3.3 Procesos de contratación y proveedores para los PAE de SSyR 47

3.3.1 Compras del CNEGSR en 2016-2018 47

3.3.2 Compras del CNEGSR en 2019-2020 50

3.3.3 Precios de los medicamentos comprados a nivel federal 2016-2020 55

4. Las compras en los estados: ¿falta de rectoría y rendición de cuentas? 57

4.1 Hallazgos acerca de las compras de los estados 59

4.2 La rendición de cuentas y los riesgos de corrupción en las compras de medicamentos estatales 60

4.2.1 Violencia de género: mifepristona y misoprostol 60

4.2.2 Planificación familiar y anticoncepción: etonogestrel y levonorgestrel 64

4.2.3 Salud materna y perinatal: carbetocina e inmunoglobulina 68

5. Conclusiones y recomendaciones 73

Anexos 80

Referencias 84

RESUMEN EJECUTIVO

El derecho a la salud sexual y reproductiva (SSyR) se refiere a poder disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, gozar de la libertad para decidir si se quiere procrear o no y cuándo. Incluye poder elegir un método anticonceptivo seguro, eficaz, aceptable y asequible; así como disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud materna que permitan partos seguros y garanticen nacimientos de hijos e hijas sanas (UNFPA, 2021). En México, este derecho está protegido por varios artículos constitucionales, ordenamientos internacionales, regionales, así como una política que se ha impulsado, desde hace más de cuatro décadas, por el movimiento amplio de mujeres y el Estado mexicano.

A pesar de estar reconocida en el marco jurídico y que existe una política pública nacional, persisten desafíos para lograr la garantía efectiva de la SSyR. Algunos indicadores que dan cuenta de esto son:

- *Acceso a servicios de salud.* En 2020, 25% de los 64 millones de mujeres en el país no estaba afiliada a ningún servicio de salud, mientras que 44.4% vivía en pobreza, la cual se agravaba en contextos indígenas y rurales (Censo de Población y Vivienda 2020 e Inmujeres, 2021).
- *Planificación familiar.* En 2018 persistía una demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos de 11% en mujeres de 15-49 años y la tasa de fecundidad entre adolescentes de 12 a 14 años aumentó en el periodo 2003-2018 (Conapo, 2020 y 2022).
- *Aborto seguro.* La falta de medicamentos, infraestructura y personal que realice estos procedimientos, así como la criminalización de las mujeres que interrumpen su embarazo: entre 2015 y 2021, 3,719 mujeres fueron acusadas del delito de aborto en México (Olvera, 2021).
- *Violencia de género.* De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021, la violencia se ha agudizado. En el último año, 70.1% de las mujeres de 15 años y más había sufrido al menos un acto de violencia en alguna de sus formas: 49.7% había sufrido violencia sexual, 51% violencia psicológica y 34.7% violencia física (INEGI, 2021).
- *Salud materna.* La Razón de Muerte Materna (RMM) por cada 100 mil nacimientos en 2020 y 2021 fue de 39.8 y 46.6 (OMM, 2021). La brecha se amplía entre entidades y regiones, la cual se ve impactada por la condición social o étnica. Entre 2016 y 2021, 31.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvo un parto o cesárea sufrió algún tipo de maltrato en su atención (INEGI, 2021).

En nuestro país, el sistema de salud pública está fragmentado en varios subsistemas, algunos de los cuales atienden a mujeres sin seguridad social que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad. Para este grupo de mujeres, existe una política de SSyR que está bajo la rectoría del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), un órgano de la Secretaría de Salud (SSA) y la que aterriza a través de Programas de Acción Específicos (PAEs), que se implementan concurrentemente entre la federación y los estados. Desde 2020, existen tres PAEs: 1) Igualdad de Género, 2) Cáncer de la Mujer, y 3) Salud Sexual y Reproductiva. Este último PAE incorpora seis componentes: salud materna; salud perinatal; violencia de género; salud sexual y reproductiva en la adolescencia; anticoncepción, planificación familiar y salud sexual; así como, para quitar y aborto seguro.

Uno de los elementos esenciales de esta política se refiere al acceso oportuno de medicamentos y métodos de planificación familiar para garantizar la SSyR. Dicho acceso se ve directamente impactado por la asignación insuficiente de recursos presupuestarios para la adquisición de dichos medicamentos y por la falta de adopción de modelos de compra que garanticen las mejores condiciones para el Estado en términos de calidad, eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez.

Por lo anterior, en Fundar realizamos una investigación que tiene como propósitos centrales:

1. Esbozar las principales acciones y responsables de la política pública de SSyR, aterrizadas en los PAEs, dirigidos a las mujeres sin seguridad social o de población abierta.

2. Analizar los recursos presupuestarios asignados para la compra de medicamentos de los PAEs de SSyR en el periodo 2016-2020.

3. Estudiar los esquemas de compra de medicamentos implementados por el gobierno federal y los gobiernos estatales durante el periodo 2016 a 2021 para identificar posibles riesgos de corrupción y problemas de rendición de cuentas.

Nuestro análisis busca problematizar los distintos efectos que las decisiones gubernamentales han tenido sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el periodo 2016-2021.

Los principales hallazgos de la investigación son los siguientes:

1. Hay responsabilidades diluidas en la implementación de la política de SSyR.

Los recursos para implementar los PAEs provienen de tres fuentes financieras: 1) el Ramo 12 (Salud) —a través del programa presupuestario P020 Salud Materna Sexual y Reproductiva— cuya responsabilidad de asignación y fiscalización recae en el CNEGSR; 2) el Anexo IV bajo la responsabilidad el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); y 3) el Ramo 33 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), cuya asignación y control está a cargo de las entidades federativas.

Identificamos que esta diversidad de fuentes de financiamiento y actores encargados de la asignación y control de los recursos limita la capacidad del CNEGSR como entidad rectora, de movilizar recursos del Anexo IV y Ramo 33 a acciones prioritarias de la política de SSyR y/o de fiscalizar el uso de éstos. Esto ocasiona, además, que las responsabilidades entre las distintas instancias se diluyan.

2. Persisten problemas de transparencia y rendición de cuentas que impiden dar seguimiento al gasto de la política de SSyR.

Existe una herramienta de rendición de cuentas, el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE), que –desde hace más de una década– permite dar seguimiento al ejercicio del gasto y al cumplimiento de metas e indicadores de la política de SSyR. Sin embargo, al ser de uso interno del gobierno y no publicarse de forma proactiva y en una versión ciudadana, su utilidad para la contraloría ciudadana es limitada. Incluso, cuando esta herramienta es solicitada por acceso a la información, no se entrega en formatos que permitan su reutilización, procesamiento, ni su análisis por parte de la ciudadanía.

Encontramos también que la creación del INSABI en 2020 —para sustituir al Seguro Popular (SP)— trajo nuevos desafíos en materia de transparencia y rendición de cuentas pues, en 2021, ni el CNEGSR ni la ciudadanía pudo conocer y/o acceder a la información relacionada con el Anexo IV, que constituye la fuente presupuestaria más cuantiosa para financiar la política de SSyR. Lo anterior genera un problema de trazabilidad del gasto y limita la rectoría del CNEGSR como encargado del cumplimiento de dicha política, además de que apunta a un problema de opacidad por parte del INSABI.

3. Ha habido una disminución en los recursos ejercidos para la compra de medicamentos para la SSyR.

El análisis de los recursos ejercidos para la compra de medicamentos de los componentes de violencia, salud materna y perinatal, planificación familiar, y anticoncepción en el periodo 2016-2020 reveló que no ha habido una progresividad del gasto, como marcan los estándares internacionales de derechos humanos. La disminución, en términos reales, de los recursos para medicamentos de SSyR puede afectar la cantidad y disponibilidad de éstos y, por ende, los derechos de las mujeres. En 2016, se ejercieron $1,397 millones de pesos.[1] En 2017, 2018 y 2019, el gasto total disminuyó. Y, si bien en 2020 aumentó 8.7% respecto a 2019, no volvió a alcanzar los niveles de 2016. Esta disminución se da en un contexto en que el INSABI se propuso, desde 2020, cubrir y garantizar la SSyR de un número mayor de mujeres.[2]

La investigación mostró también que la mayoría de los recursos para la compra de medicamentos se

1 Todas las cifras analizadas en la investigación fueron deflactadas a pesos constantes de 2021 para permitir su comparabilidad.

2 El INSABI estableció su población objetivo en 66 millones de personas —14 millones más que su antecesor el Seguro Popular— (INSABI, 2021 y CNPSS, 2019).

ejercen para el componente de planificación familiar y anticoncepción, seguido del de salud materna y perinatal, y por último al de violencia. En un contexto en que las mujeres siguen enfrentando desafíos para garantizar su SSyR, es necesario que el Estado mexicano asigne mayores recursos a los distintos componentes de SSyR.

4. Persisten prácticas en los procesos de contratación y adquisición de medicamentos de SSyR a nivel federal que generan riesgos de corrupción.

Si bien las compras de medicamentos de SSyR son realizadas tanto por el gobierno central como por los estados, la federación es quien ejerce cerca del 75% del presupuesto total para la compra de medicamentos, mismos que envía en especie a los estados. De ahí la importancia de asegurar que dichas adquisiciones a nivel federal se realicen con las mejores condiciones para el Estado mexicano.

Al respecto, hallamos que, entre 2016 y 2018, las compras federales de medicamentos de SSyR las realizaba el CNEGSR. Durante ese periodo, la adjudicación directa fue el mecanismo más usado para la adquisición de medicamentos: por monto de contrato, 88% fueron asignados por adjudicación directa y solo 12% por licitación pública. Además, el porcentaje de compras se concentró en tres grandes distribuidoras: Grupo Fármacos Especializados (78%), Farmacéuticos Maypo (12%) y Farmacéutica Althos (4%), lo que abrió la puerta a riesgos de corrupción como sobreprecios, conflictos de interés o privilegios fiscales.

A partir de 2019, el gobierno federal implementó nuevos esquemas centralizados de compras para promover mayor competencia y reducir estos riesgos. Los procesos de compra y distribución de medicamentos se concentraron en la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Después, en 2020 y 2021, se probaron dos nuevos esquemas, en donde las compras fueron realizadas ahora por la Oficina de las Naciones Unidas de Servicio para proyectos (UNOPS) y/o por el INSABI. Sin embargo, estos nuevos esquemas han enfrentado desafíos con consecuencias negativas para las y los pacientes, como retrasos en las entregas de medicamentos y problemas de desabasto.

En términos de SSyR, estos nuevos esquemas tuvieron resultados ambivalentes. De forma positiva, permitieron una reducción en los precios, con porcentajes que oscilan entre el 18% y hasta el 224%, dependiendo del medicamento. Sin embargo, se mantuvo la concentración de mercado, ahora en tres farmacéuticas: Merck Sharp & Dohme Comercializadora (64%), Bayer de México (21%) y Janssen-Cilag de México (10%). Por su parte, la adjudicación directa siguió usándose y hasta se potenció: por monto de contrato 97% se realizó por adjudicación directa.

Resaltamos también que, a partir de 2021, hubo una regresión en términos de rendición de cuentas, ya que para ese año no nos fue proporcionada por solicitud de acceso, la información de las compras de medicamentos de SSyR realizadas por la federación. Además, pudimos constatar que ni siquiera la entidad rectora, el CNEGSR, contaba con la misma.

5. Persisten riesgos de corrupción y problemas de transparencia y rendición de cuentas en las compras de medicamentos en los estados.

Al analizar las compras de seis medicamentos de SSyR reportadas por las entidades en el SIAFFASPE, encontramos que existen desafíos de rendición de cuentas y transparencia que generan riesgos de corrupción. Algunos estados no señalan el número exacto de piezas compradas, lo que impide conocer la cantidad exacta adquirida y el precio unitario y/o determinar si la cantidad de medicamentos puede satisfacer la demanda requerida por las mujeres. Además, los precios de adquisición de los medicamentos tienen una variación entre entidades y, en algunos casos, ésta es considerable respecto al precio de la entidad que lo compró más barata o del de otras instancias como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el propio CNEGSR. Si bien los porcentajes de sobrecostos varían, en casos extremos fueron de hasta 900%. Estas malas prácticas evidencian un problema de control, fiscalización y rendición de cuentas, además de generar riesgos de corrupción que, en última instancia, impactan el derecho de las mujeres al máximo nivel posible de salud sexual y reproductiva.

También resaltamos que el número de piezas adquiridas por las entidades puede variar o disminuir mucho entre años, sin que haya claridad sobre cómo esto se relaciona con la demanda de medicamentos para SSyR de las mujeres. Por ejemplo, la disminución en el número de piezas compradas de mifepristona y misoprostol, ambos medicamentos que permiten un aborto seguro, puede ser preocupante.

RECOMENDACIONES

En México existen aún muchos desafíos que afectan la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Por ejemplo, persisten altos niveles de violencia de género y sexual, servicios de salud que —en muchos casos— son inadecuados y ponen en riesgo la vida y la integridad de las mujeres, legislaciones que no permiten a las mujeres decidir sobre su cuerpo, altos índices de embarazo adolescente, demanda de anticonceptivos no satisfecha, entre otros. Estos desafíos se profundizan y tienen mayor impacto en las mujeres que no cuentan con seguridad social y servicios de salud asociados a su empleo; de éstas, se ven afectadas sobre todo quienes viven en pobreza, marginación, y/o en comunidades rurales e indígenas.

En esta investigación analizamos los recursos asignados y los mecanismos de compra de medicamentos de la política de SSyR en el periodo 2016-2021. A la luz de los hallazgos, hacemos las siguientes recomendaciones:

Progresividad del gasto.

- El gasto en medicamentos para SSyR de sus tres fuentes de financiamiento debe ser progresivo y con ello evitar que su disminución afecte los derechos a la SSyR de las mujeres.
- El INSABI y/o el IMSS-Bienestar[3] deben aumentar el presupuesto en términos reales y de forma proporcional al número de mujeres que demandan los servicios de SSyR.

Opacidad y falta de rendición de cuentas.

- Es fundamental que se recupere la trazabilidad de los recursos del Anexo IV a cargo del INSABI, ya que desde 2021 no se ha podido acceder a ellos y son los más cuantiosos.
- Si bien el SIAFFASPE ha sido una herramienta de rendición de cuentas útil, debe fortalecerse y publicarse proactivamente una versión de ésta en datos abiertos para que la ciudadanía pueda consultarla.

Riesgos de corrupción en las compras federales de medicamentos.

- Para disminuir los riesgos de corrupción, el gobierno federal debe evitar el uso excesivo de figuras como la adjudicación directa y, cuando lo haga, justificar exhaustivamente su utilización, además de promover la competencia entre empresas.
- Independientemente del esquema de compras implementado por el gobierno, debe transparentarse la totalidad de los medicamentos e insumos de SSyR que se están adquiriendo y que deberían estar disponibles para las mujeres.

Riesgos de corrupción en las compras de medicamentos a nivel estatal.

- Las entidades deben publicar de forma proactiva y apegada a los más altos estándares de transparencia las compras de medicamentos que realizan y los recursos que asignan para permitir su monitoreo ciudadano.
- Las tareas de fiscalización, control y rendición de cuentas deben fortalecerse a nivel estatal para evitar sobrecostos y riesgos de corrupción, y promover el correcto reporte de las compras.

3 En 2022 se anunció que será ahora el IMSS-Bienestar quien brinde servicios de salud a la población sin seguridad social, por eso señalamos al IMSS-Bienestar. Al cierre de esta investigación aún no había claridad sobre lo que sucedería con el INSABI.

Rectoría del CNEGSR.

- Es necesario crear mecanismos que permitan una mejor coordinación entre las distintas instancias y niveles de gobierno, para facilitar al CNEGSR —como entidad rectora— un mayor control sobre la asignación de recursos del Ramo 33 y del Anexo IV para el cumplimiento de la política de SSyR.
- El CNEGSR debe contar y transparentar la información sobre la totalidad de los recursos presupuestarios y las compras federales de medicamentos realizadas para la política pública a su cargo. Con esto garantiza la rendición de cuentas y la contraloría social.

HOJA DE SIGLAS

AFASPE Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas

AMLO Andrés Manuel López Obrador

APV Arranque Parejo de la Vida

ASF Auditoría Superior de la Federación

CdMx Ciudad de México

CEDAW Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

CIPD Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994

CM Cáncer de la Mujer

CNDH Comisión Nacional de los Derechos Humanos

CNEGSR Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

CNPSS Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Conapo Consejo Nacional de Población

Coneval Consejo Nacional para la Evaluación de la Política Social

CPEUM Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

CPMSM Comité por una maternidad segura en México

CSG Consejo de Salubridad General

Dimesa Distribuidora Internacional de Medicamentos y Equipos Médicos

DIU Dispositivo Intrauterino

ENAPEA Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

ENDIREH Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares

EPN Enrique Peña Nieto

Fanasa Fármacos Nacionales

Fassa Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

Grufesa Grupo Fármacos Especializados

IGS Igualdad de Género en Salud

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía

INSABI Instituto de Salud para el Bienestar

ITS Infecciones de transmisión sexual

LGS Ley General de Salud

Mexfam Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.

MSD Merck Sharp and Dohme

MSDC Merck Sharp and Dohme Comercializadora

NOM Norma Oficial Mexicana

ODM Objetivos del Desarrollo del Milenio

ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMM Observatorio de Mortalidad Materna en México

OPS Organización Panamericana de la Salud

PAE Programa o Programas de Acción Específica

Pemex Petróleos Mexicanos

PIB Producto Interno Bruto

PIDESC Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

PfyA Planificación Familiar y Anticoncepción

PyAV Prevención y Atención de la Violencia

REPS Régimen Estatal de Protección Social en Salud

RMM Razón de Muerte Materna

SCJN Suprema Corte de Justicia de la Nación

Sedena Secretaría de la Defensa Nacional

Sesa Secretarías de Salud Estatal

SHCP Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SIAFFASPE Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas

SMyP Salud Materna y Perinatal

SP Seguro Popular

SSA Secretaría de Salud

SSRA Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes

SSyR Salud Sexual y Reproductiva

UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNOPS Oficina de las Naciones Unidas de Servicio para Proyectos

VPH Virus del Papiloma Humano

INTRODUCCIÓN

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la salud sexual y reproductiva (SSyR) es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, y no solo ausencia de enfermedades. Implica poder disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; gozar de la libertad para decidir si se quiere procrear o no, y cuándo. Incluye tener información veraz para protegerse de infecciones de transmisión sexual (ITS); poder elegir un método anticonceptivo seguro, eficaz, aceptable y asequible; y disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud materna que permitan partos seguros y garanticen nacimientos de hijos e hijas sanas (UNFPA, 2021).

En 1977 se creó en México el Programa Nacional de Planificación Familiar y el Programa Nacional de Educación Sexual, primeros esfuerzos institucionales dirigidos a garantizar el derecho a la SSyR. Dicha política ha ido evolucionado, enriquecida en parte por el movimiento de mujeres y la agenda feminista, ahora incluye elementos como acciones de prevención; atención médica integral e intercultural; acceso a insumos, medicamentos, infraestructura y equipo médico; la contratación de profesionales de la salud especializados; entre otros. Para implementar dicha política de SSyR, el Estado mexicano debe asignar suficientes y progresivos recursos presupuestarios, esto incluye que haya recursos para la compra de medicamentos (métodos anticonceptivos, antirretrovirales, medicamentos para aborto seguro, etc.).

Con base en el último censo de población, sabemos que en nuestro país existen más de 64 millones de mujeres (51.2%) (Censo de Población y Vivienda, 2020), y en términos de su SSyR algunos de los indicadores que dan cuenta de las problemáticas que enfrentan son: el acceso a la salud, su condición indígena y su situación de pobreza, entre otros. Por ejemplo: el 25% de las mujeres no están afiliadas a ningún servicio de salud, lo que muestra su desprotección y sus condiciones de vulnerabilidad. Al respecto, del universo de mujeres que reportaron estar afiliadas, 49.7% son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 36.2% lo son del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y el 8.8% del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Por otro lado, el 6.1% de las mujeres de 3 años y más habla alguna lengua indígena, y de ellas, el 46.7% tienen rezago educativo, el 10.1% presenta carencias por acceso a los servicios de salud, el 79.7% muestran carencias por acceso a la seguridad social, el 32.2% no poseen una vivienda de calidad ni espacios de vivienda adecuados, el 66% no cuentan con los servicios básicos, y 3 de cada 10 mujeres indígenas no tienen de acceso adecuado a la alimentación (Inmujeres, mayo 2021).

Por último, de acuerdo con el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política Social (CONEVAL), durante 2020, 29.1 millones de mujeres (44.4%) vivían en situación de pobreza, que se agravaba en contextos indígenas y rurales. El 70% de las mujeres en pobreza eran indígenas. Así, la intersección de ser mujer,

indígena y vivir en una zona rural supone mayores desventajas para acceder a un nivel de vida adecuado y a la garantía plena de los derechos humanos (Inmujeres, julio 2021).

El presente documento tiene como propósitos centrales, por un lado, determinar el monto y la progresividad de los recursos que tanto la SSA, las 32 secretarias de salud locales, como el INSABI —antes Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)— destinaron para la compra de medicamentos e insumos para la atención de la SSyR de las mujeres en el periodo 2016-2021. También se analiza la transparencia, la rendición de cuentas y los riesgos de corrupción en las compras de medicamentos realizadas durante el mismo periodo que pudieran generar un efecto negativo en el derecho a la salud de las mujeres. De manera específica se busca:

1. Conocer el contexto de la SSyR de las mujeres en México para problematizar sus principales desafíos actuales;
2. esbozar las principales acciones de política pública de SSyR, aterrizadas en los Programas de Acción Específica (PAE) dirigidos a las mujeres sin seguridad social;
3. analizar los recursos presupuestarios asignados para la compra de medicamentos de los PAE de SSyR;
4. estudiar los esquemas de compra de medicamentos implementados por el gobierno federal y los gobiernos estatales durante el periodo 2016 a 2021 para identificar posibles riesgos de corrupción y su efecto en la salud de las mujeres;
5. establecer, a manera de conclusiones y recomendaciones, los principales hallazgos y propuestas de mejora en torno a los retos y desafíos identificados en los distintos análisis realizados.

Para alcanzar estos objetivos se llevó a cabo, en primer lugar, un estudio de gabinete a partir de fuentes de información oficiales con datos públicos disponibles (sitios web de dependencias federales y organismos internacionales; marcos normativos nacionales e internacionales vigentes; informes de actividades, reportes, auditorías, notas de prensa, entre otros). Además, con el propósito de robustecer la investigación, se realizaron más de 200 solicitudes de información a la Secretaría de Salud federal y a las estatales, al CNEGSR, a las instancias del extinto Seguro Popular (SP), al INSABI y otras unidades encargadas de realizar las adquisiciones. En específico, se preguntó sobre la partida de gasto "25301 medicamentos y productos farmacéuticos". También se cuestionó sobre las instancias que ejercieron los recursos a partir de las distintas fuentes de financiamiento, sobre cuáles fueron los medicamentos e insumos que se adquirieron y con qué partida de gasto y, finalmente, bajo qué esquema de compras, proveedores y precios. En

segundo lugar, se desarrolló una estrategia de recolección de información a partir de ocho entrevistas a profundidad con personas expertas de la sociedad civil, académicas y de la función pública.

Se eligió como periodo de estudio el comprendido entre los años 2016 y 2021 con el fin de cubrir los últimos tres del gobierno del expresidente Enrique Peña Nieto (EPN) y los tres de la administración del presidente Andrés Manuel López Obrador (AMLO). Lo anterior, para identificar, a manera de comparación, los cambios realizados a las estrategias implementadas, los recursos asignados y los esquemas de compras utilizados para SSyR. De esta forma se buscó problematizar los distintos efectos que las decisiones gubernamentales han tenido sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

El estudio se divide en cinco apartados. En la primera sección se contextualizan algunas de las principales problemáticas asociadas a la SSyR de las mujeres en México, y se busca posicionar la magnitud de los desafíos que aún enfrentan. El segundo apartado busca establecer cuál es la política pública que, en torno a la SSyR, se está operando actualmente y cuáles han sido sus principales transformaciones que ha experimentado; puntualizando sus debilidades y oportunidades de mejora en términos de diseño, implementación, financiamiento, monitoreo y control; posteriormente se analizan los recursos presupuestarios asignados para compras de medicamentos de SSyR en el periodo 2016-2021 y su progresividad. En la tercera sección se describen los procesos y los esquemas para la compra de medicamentos de SSyR a nivel federal, se explicitan sus fuentes de financiamiento, los roles y responsabilidades de las distintas instancias; se identifican posibles irregularidades, áreas de riesgo en ellas y sus potenciales efectos en el derecho a la salud de las mujeres. En el cuarto apartado, se analizan las compras de medicamentos en los estados y se identifican problemas de rendición de cuentas y posibles riesgos de corrupción. Por último, en el en el quinto apartado se desarrollan las principales conclusiones de este trabajo y se incluyen recomendaciones para mejorar la presupuestación y las adquisiciones de medicamentos y su supervisión como factores clave para garantizar la SSyR de las mujeres en México.

Destacamos un desafío recurrente y transversal que encontramos durante toda la investigación: a pesar de que nuestro país cuenta con un marco normativo de avanzada de transparencia y acceso a la información y que este derecho está reconocido incluso a nivel constitucional, en realidad, fue sumamente complejo acceder a información detallada sobre los recursos asignados y las compras de medicamentos realizadas tanto a nivel federal como estatal para SSyR para los años 2016-2021. Este desafío incluso se agravó a partir de 2019, impidiendo el acceso a cierta información. Las barreras que encontramos son acordes con datos del propio Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) que señaló que durante el primer año de la administración de AMLO se declaró inexistencia de información en 14, 801 ocasiones, más del doble de lo que ocurrió el primer año de la administración anterior, que fue de 5, 659 solicitudes (INAI, 2019).

Finalmente, es de suma importancia indicar que, desde hace más de dos décadas, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, en alianza con otras organizaciones, ha dado seguimiento a la política pública de SSyR, a través del monitoreo del presupuesto destinado a la salud materna para la población sin seguridad social. Con esto se ha buscado mejorar la formulación, asignación, ejecución, evaluación y fiscalización del presupuesto, así como su transparencia y rendición de cuentas tanto a nivel federal como en algunas entidades federativas (Oaxaca, Guerrero y Chiapas). Asimismo, se ha buscado, a partir del intercambio de saberes, fortalecernos con otras organizaciones para conocer e incidir en el presupuesto para la atención de la SSyR. También hemos acompañado —de manera integral— algunos casos de violencia obstétrica buscando sentar precedentes para avanzar hacia transformaciones estructurales y reparación integral por parte del Estado.

1. CONTEXTO Y MARCO NORMATIVO DEL DERECHO A LA SSYR DE LAS MUJERES EN MÉXICO

En México, el derecho a la SSyR se reconoce tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) como en diversos instrumentos normativos, por ejemplo, la Ley General de Salud. Nuestro país ha suscrito también ordenamientos internacionales en los que se obliga a garantizar el derecho a la salud.[4] También ha firmado instrumentos internacionales y regionales en donde se compromete a garantizar la SSyR. Entre ellos, está la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo (1994) y su programa de acción; la Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing (1995) y su programa de acción; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belém do Pará (1994); los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) —en adelante ODM— que incluyen el Objetivo 5 "Mejorar la salud materna"; el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo (2013); los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (2015) —en adelante ODS—, en particular el ODS 3 "Salud y Bienestar" y el ODS 5 "Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y las niñas"; entre otros (Facio, 2006; Salazar García, 2010, y SSA, 2021).

4 Por ejemplo, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (PIDESC), el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989), la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), el Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (1992), la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (2006), entre otros.

Estos instrumentos internacionales dan contenido normativo a los derechos sexuales y reproductivos, que parten de la igualdad entre los géneros y la eliminación de la discriminación contra las mujeres, e incorporan conceptos como maternidad; cuidados especiales; acceso a servicios de atención médica; servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el posparto; reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil; la planificación de la familia; el derecho a gozar de la sexualidad de forma segura; entre otros.

Sin embargo, aún con estos marcos normativos, los desafíos continúan siendo significativos en distintos aspectos de la SSyR de las mujeres. Estos cruzan por problemáticas sociales como la pobreza, la desigualdad estructural, el limitado acceso a servicios de salud de calidad y la discriminación, entre otros. Para ejemplificar este contexto tanto de la problemática como de los avances normativos, nos centramos en cuatro componentes esenciales para la SSyR: la planificación familiar y el derecho a la sexualidad libre e informada, el aborto legal, la muerte materna y la prevención de la violencia.

1.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y DERECHO A UNA SEXUALIDAD LIBRE E INFORMADA

Diversos artículos constitucionales reconocen el derecho a la planificación familiar y a una sexualidad libre e informada. El artículo primero prohíbe toda forma de discriminación o acciones que atenten contra derechos y libertades de las personas, el tercero trata del derecho a la educación sexual y reproductiva con perspectiva de género, y el cuatro inscribe el derecho a decidir de manera libre sobre el número y espaciamiento de hijos e hijas que se desean (CPEUM, 2022).

Como se indicó, desde 1977 se creó el Programa Nacional de Planificación Familiar y el de Educación Sexual. Desde entonces, las políticas para la planificación familiar y los derechos sexuales se han fortalecido, incorporando elementos como el acceso a servicios y métodos de planificación y anticoncepción seguros, oportunos y culturalmente apropiados; la reducción del embarazo adolescente mediante una educación integral en sexualidad; la sensibilización de los hombres ante estas problemáticas, entre otros.

La relevancia de la planificación familiar radica en que los dispositivos y métodos anticonceptivos son considerados como insumos estratégicos en el país. En 2015, el gobierno mexicano estableció como prioridad reducir el embarazo adolescente en 50% para 2030, así como erradicar los embarazos en niñas menores de 15 años mediante la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) (Conapo, 2020, p. 7). El más reciente Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 enfoca sus esfuerzos en fortalecer la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo, en particular en grupos históricamente discriminados, en situación de marginación o invisibilizados (SSA, 2020, p. 18).

Algunas de las cifras que reflejan la necesidad de seguir fortaleciendo estas estrategias son las siguientes:

a) En 2018, 27.4% de los embarazos en adolescentes no fueron planeados, obedecen a la desigualdad en el acceso a información sexual y a anticonceptivos (Conapo, 2020 y 2022);

b) hay una demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos, que alcanza el 11% entre mujeres de 15 a 49 años (Conapo, 2022);

c) en 2018 se registraron 360,000 nacimientos en madres adolescentes menores de 20 años, que equivale al 18.5% del total de embarazos (SSA, 2020).

¿Cuál es la situación de los derechos sexuales y reproductivos desde el trabajo de campo?[5]

Jennyfer Jiménez
Mexfam

En 1965 se creó la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (Mexfam), una organización de la sociedad civil que promueve el acceso a la salud, educación y defensa de los derechos de SSyR, a partir de un enfoque interseccional, de derechos humanos, de género y con pertinencia cultural.

Para promover el avance de políticas, programas y presupuestos relacionados con los derechos y la SSyR, Mexfam lleva a cabo acciones en colaboración con instancias oficiales, académicas y de la sociedad civil, tanto a nivel nacional, como estatal y municipal, en 11 entidades del país: CdMx, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí y Veracruz. Una de estas acciones consiste en monitoreos sociales en instituciones públicas de salud, en los que se verifica la existencia de insumos, disponibilidad de personal, capacitación, ejercicio del gasto y difusión de derechos, entre otros aspectos necesarios para una correcta implementación de las políticas públicas. También se realizan monitoreos sociales en comunidades, para identificar el grado de conocimiento que tienen las personas de sus derechos, buenas prácticas y experiencias positivas en el acceso al ejercicio de éstos, así como para detectar barreras culturales, geográficas, institucionales y económicas que los obstaculicen. A partir de los resultados de estos monitoreos se ofrecen recomendaciones a las instancias oficiales, orientadas a la mejora de procesos, acceso y gasto eficiente; así como acciones comunitarias para contrarrestar las diferentes barreras a las que se enfrenta la población, que obstaculizan el ejercicio de los derechos.

5 El Cuadro "¿Cuál es la situación de los derechos sexuales y reproductivos desde el trabajo de campo?" se elaboró en junio de 2022 y forma parte de la colaboración especial de Mexfam para la presente investigación.

Si bien todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, persisten grandes desafíos para que los derechos sexuales y reproductivos sean una realidad. Uno de ellos es la promoción. Por ejemplo, la mayoría de las mujeres desconocen que en México es posible acceder a un aborto seguro, legal y gratuito bajo diversas causales o incluso voluntariamente, en tanto que la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) declaró inconstitucional castigar a quién se practique un aborto y a quién la asista en determinadas circunstancias. Tampoco saben a dónde acudir para acceder a ese derecho ni qué hacer si les niegan su ejercicio. Incluso en los estados donde el aborto voluntario está despenalizado, se desconoce esta información. Otro desafío es el presupuesto insuficiente que se asigna a los programas y estrategias de promoción de la salud y de los derechos, lo que se traduce en infraestructura inadecuada, personal poco capacitado y con contratos cortos, desabasto de insumos, entre otros; además del manejo poco transparente de los recursos.

Por otra parte, por medio de este trabajo, se ha detectado un desabasto importante de métodos anticonceptivos y medicamentos necesarios para la atención del aborto seguro en el país. Como ha sucedido históricamente, las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres de áreas rurales e indígenas son las más afectadas. Por ello, a través de acciones de incidencia social y política, programas comunitarios y servicios médicos, Mexfam seguirá contribuyendo para que puedan ejercerse sus derechos sexuales y reproductivos, incluidos los servicios de salud y la interrupción legal del embarazo.

1.2 ABORTO LEGAL

En México, las circunstancias en que se permite el aborto legal varían según lo determine el Código Penal de cada entidad federativa. Existen diez circunstancias en que éste se encuentra permitido en las diferentes entidades federativas: 1) en casos de violencia sexual, en 32 entidades;[6] 2) cuando la vida de la mujer corre peligro, en 24 entidades; 3) cuando la salud de la mujer está en riesgo, en 16 entidades; 4) cuando el producto tiene malformaciones graves, en 16 entidades; 5) cuando el aborto es consecuencia de un acto involuntario, imprudencial o accidental, en 30 entidades; 6) cuando el embarazo fue resultado de una inseminación artificial no consentida, en 13 estados; 7) por causas económicas

6 En México existe una norma para la detección y atención de los distintos tipos de violencia contra las mujeres por el personal de salud de todos los subsistemas públicos y privados, la NOM-046. Ésta señala que, ante casos de violencia sexual, los servicios de salud deben proporcionar a las mujeres, en un periodo máximo de 120 horas, anticoncepción de emergencia para evitar un posible embarazo (NOM-046, punto 6.4.2.3.) o, si éste ya ocurrió, realizarle un aborto médico a solicitud expresa de la mujer, sin necesidad de que se interponga una denuncia penal ni ningún otro documento (NOM-046, punto 6.4.2.7.). La NOM-046 establece sanciones penales, civiles y administrativas para quien no la cumpla.

graves, en 2 entidades; 8) cuando la mujer lo elige o desea, dentro de un plazo determinado, en 9 entidades; 9) cuando una autoridad le hubiese negado la posibilidad de interrumpir su embarazo en las primeras doce semanas de gestación, en 2 entidades; y 10) cuando el personal de salud haya omitido informar a la mujer o persona gestante su derecho a interrumpir su embarazo de manera legal y segura en las primeras doce semanas, en 1 entidad (Ipas, 2022). En estos casos, la mujer puede solicitar a las instituciones de salud pública terminar con un embarazo sin que se ejerza ninguna acción penal o punitiva en su contra.

Las últimas tres causales se relacionan con la interrupción legal del embarazo o el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo sin ser criminalizadas. Actualmente, hay 9 estados que permiten la interrupción voluntaria del embarazo: Ciudad de México (CdMx), Oaxaca, Hidalgo, Veracruz, Baja California, Colima, Sinaloa, Guerrero y Baja California Sur.

Desde 2008, la SCJN ha emitido resoluciones históricas que han contribuido a garantizar el derecho a un aborto seguro. En 2008, la máxima autoridad judicial declaró constitucional la despenalización del aborto hasta la semana doce de gestación en la CdMx. En 2018, ordenó atender sin dilación casos de interrupción del embarazo ante sucesos de violación sexual y amparó a una menor y a sus padres en este respecto (SCJN, 2019). En 2021 y 2022 se invalidaron artículos de las constituciones de Sinaloa, Nuevo León y Veracruz que protegían el derecho a la vida desde la concepción, señalando que las entidades no son competentes para determinar cuándo comienza la vida y que no puede protegerse a un embrión o feto por encima de los derechos de las mujeres (M. Galván, 9 de septiembre de 2021 y Aristegui Noticias, 30 de mayo de 2022). En 2021, al resolver sobre artículos del Código Penal de Coahuila, se declaró inconstitucional la penalización o criminalización total o absoluta del aborto en dicho estado y en cualquier entidad federativa (SCJN, 2021). En 2022, avaló que, en caso de violación, los hospitales públicos deben garantizar este derecho a menores de edad de 12 a 17 años, incluso sin la autorización de sus padres (SCJN, 2022 y Aristegui Noticias, 2022).

Otro avance reciente a nivel institucional son los lineamientos técnicos emitidos por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) para la atención del aborto seguro, que establecen criterios o directrices nacionales basados en un enfoque de derechos humanos, de género y científico.

De acuerdo con personas expertas entrevistadas, a pesar del nutrido desarrollo jurídico y normativo del aborto legal en México, persisten desafíos importantes para su implementación efectiva. Entre ellos están: contar con más profesionales de la salud, con mayor capacitación y sensibilización; adquirir y proveer de manera oportuna y accesible más medicamentos para aborto seguro; contar con más recursos y clínicas que realicen estos procedimientos; difundir entre la sociedad este derecho; entre otros. Para ejemplificar estos desafíos está el caso de Oaxaca donde, a más de dos años de la despenalización del aborto, solo dos de las 962 unidades que hay en el estado realizaban la interrupción legal del embarazo. Además, estos

hospitales estaban en la capital, lo que limitaba el acceso al aborto seguro por parte de poblaciones de otras regiones, que son en su mayoría indígenas y rurales (Sarabia, 2021). Otro ejemplo es que continúa la criminalización de mujeres que, en distintas circunstancias, interrumpen su embarazo: entre 2015 y febrero de 2021, 3,719 mujeres fueron acusadas del delito de aborto en México (Olvera, 2021).

1.3 MUERTE MATERNA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que 810 mujeres mueren cada día en el mundo debido a complicaciones del embarazo y el parto, en su mayoría por causas prevenibles o tratables, como enfermedades infecciosas y complicaciones durante o después del embarazo y del parto.

En el año 2000, la ONU, formuló ocho ODM y las metas a alcanzar en 2015. El Objetivo 5 relativo a mejorar la salud materna tenía dos metas específicas: reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes (pasando de una RMM de 385 por 100,000 nacidos vivos en 1990 a una RMM de 216 por 100,000 nacidos vivos en 2015) y lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Para México, significaba pasar de una RMM de 88.7 a 22.1 decesos por cada 100,000 nacidos vivos, meta que no se cumplió, pues en 2015 la RMM fue de 35 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos. En 2015, se establecieron los ODS con metas al 2030: una de ellas, reducir en dos terceras partes la mortalidad materna respecto a lo registrado en el 2010. Para México implicaba alcanzar una RMM menor a 16 para el 2030 (Navarro, 2022). En 2019, se realizó la Cumbre de Nairobi, que determinó que los avances habían sido insuficientes. En ella, México se comprometió a reducir la RMM a 15 muertes por 100,000 nacidos vivos para 2030.

A nivel regional, México forma parte de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (OPS, 2017). Esta agenda fue desarrollada en 2016 y tiene 11 objetivos. El Objetivo 1, "Acceso equitativo a servicios de salud", incluye como meta regional reducir la RMM regional a menos de 30 por 100,000 nacidos vivos en todos los grupos poblacionales, incluidos aquellos con mayor riesgo de muerte materna (como adolescentes, mujeres mayores de 35 años y mujeres indígenas, afrodescendientes, de zonas rurales, entre otras).

El Estado mexicano ha realizado esfuerzos para implementar diferentes políticas públicas y acciones, así como normas y programas, como: la NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo; la NOM-005-SSA2-1993, relativa a los servicios de planificación familiar; el programa Arranque Parejo en la Vida (APV) 2000, actualmente conocido como programa de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024; el Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas, que establece el compromiso solidario entre instituciones de salud para atender a toda mujer con una emer-

gencia obstétrica; la NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida; el documento "Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento técnico". (CNEGSR, 2016) ; el Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México (2021). Sin embargo, las muertes maternas por causas evitables persisten.

Desde Fundar, junto con otras organizaciones como el Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), el Comité por Una Maternidad Segura en México (CPMSM), Kinal Antzetik Distrito Federal, el Comité por una Maternidad Segura en Guerrero, Kinal Antzetik Guerrero, etc., hemos documentado, a lo largo de los años que, pese a las distintas acciones de política pública, aún existen condicionantes y causales que explican la persistencia de la muerte materna, como: la falta de asignación de recursos, que se traduce en precariedad de los centros de salud y hospitales comunitarios; la sobrepoblación de los hospitales generales; la escasez de ambulancias; la falta de personal o de medicamentos, así como de equipo e instrumental médico; o la imposición de conocimientos "médicos especializados" por encima de los saberes ancestrales y la autonomía de decisión de las mujeres sobre su cuerpo.

De acuerdo con información del OMM, actualizada a agosto de 2021, las cifras preliminares de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (SSA), la RMM en 2020 y 2021 fue de 39.8 y 46.6 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos respectivamente. Es decir que, en 2021, se incrementó el número de muertes maternas, debido en parte a la pandemia por Covid 19, lo que representa un importante retroceso.

A 22 años de la puesta en marcha del primer Programa Nacional de Salud Materna y Perinatal, dos agendas internacionales con compromisos de reducción del indicador y diversas estrategias de atención universal con esquemas de gratuidad en la atención, las brechas en el acceso y el riesgo de muerte subsisten para las mujeres. Además, según cifras del CNEGSR, la muerte materna en México es desigual entre regiones. En ciertas entidades federativas la RMM es inferior a la tasa nacional de 30.6 de 2018; en otras, la tasa incluso es inferior a 15, lo que se acerca a la meta establecida para 2030 en los ODS. En contraste, dentro de comunidades indígenas con altos índices de marginación, la RMM es de alrededor de 50; si a esta población se agrega la variable de edad, la RMM en mayores de 35 años asciende a más de 80 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos (SSA, 2021, p. 35). La desigualdad en el acceso a una atención segura, por tanto, se ha sostenido al pasar de los años: la concentración de muertes maternas por causas evitables en Guerrero, Chiapas y Oaxaca, estados con mayor población indígena entre 2002 y 2011, documentada hace una década, persiste.

CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN CHIAPAS Y OAXACA

La historia de Marisol [7]

Marisol N, mujer de 30 años, falleció el 20 de julio de 2015, cursaba su cuarto embarazo y era atendida en el Hospital Rural IMSS Prospera de Bochil, Chiapas. Vivía en esa población con su esposo y sus hijos, de 10, 8 y 2 años. Marisol contaba con 39.2 semanas de gestación, cuando la noche del 19 de julio tuvieron que realizarle una cesárea de emergencia en el Hospital Rural debido a que el producto había fallecido, lo que representaba una emergencia obstétrica. Tras la cirugía, y debido a su gravedad, Marisol requería ser trasladada a un hospital con mayores capacidades de resolución; sin embargo, su traslado al Hospital General Zona 2 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez se dio después de seis horas, debido a la falta de personal médico de terapia intensiva en aquel Hospital General y a la falta de activación efectiva del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas. Para cuando Marisol llegó a Tuxtla, ya había fallecido.

Las fallas estructurales e institucionales que se registraron en el Hospital Rural fueron, entre otras, la falta de personal médico especialista en ginecología, obstetricia y anestesiología, pues a Marisol la atendieron médicos residentes y pasantes de servicio social, sin asesoría ni supervisión de especialistas. Además, en el Hospital General no había equipo de ultrasonido y, en consecuencia, se enviaba a las pacientes a realizarse un estudio particular. También faltaba papel de impresión para el cardiotocógrafo y el ultrasonido; había insuficiencia de hemoderivados; falta de ambulancia de cuidados intensivos y hubo dilación en el traslado de la paciente a un hospital con los insumos y equipo necesarios.

Fundar documentó el caso y en 2016 dio acompañamiento jurídico al esposo de Marisol, quien presentó una queja ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Tras dos años de trabajar en el seguimiento de ésta, el organismo nacional emitió una Propuesta de Conciliación al IMSS el 29 de noviembre de 2018, en la que reconoció las violaciones a derechos cometidas (protección a la salud y a la vida, entre otras), y determinó que *"las omisiones descritas, como la falta de insumos, equipamiento e infraestructura médica, forman parte de una problemática de carácter estructural en el funcionamiento del hospital"*.

La CNDH incluyó la reparación integral del daño, para lo que estableció, entre otras, medidas de satisfacción (disculpa pública para su esposo y su familia por las omisiones y carencias del servicio de salud que ocasionaron el deceso), y garantías de no repetición relativas a la disponibilidad de personal, dotación de insumos materiales, de servicio de ambulancia equipada, optimización del servicio en materia obstétrica, y medidas para la realización de estudios médicos y de laboratorio. La CNDH determinó que debían tomarse todas las medidas de carácter legal, administrativo, financiero para que el Hospital Rural tenga la infraestructura, equipamiento e insumos necesarios para brindar atención integral a todas las mujeres en Bochil y otras comunidades cercanas. La Propuesta de Conciliación fue aceptada por el IMSS y está en proceso de implementación. La disculpa pública aún está pendiente.

7 Los nombres completos de ambas mujeres se omiten para proteger su confidencialidad y la de sus familias.

La historia de Irene

Irene N es una mujer mixteca, originaria de la comunidad de Morelos, municipio de Itundujia, en el estado de Oaxaca, quien, debido a una negligencia médica durante el parto, sufrió un daño cerebral permanente e irreversible que la ha mantenido en situación de discapacidad absoluta. Además, Irene fue víctima de violencia obstétrica, pues en la atención del parto referido, le fue impuesto un Dispositivo Intra Uterino (DIU).

El 20 de junio de 2001 Irene inició la labor de parto de su único embarazo, pero debido a posibles complicaciones y a la falta de condiciones para la atención médica, tuvo que ser remitida a distintas instancias del sistema de salud: la Brigada Médica de su comunidad, el centro de salud en Itundujia y finalmente el Hospital virtual del IMSS de Tlaxiaco, donde se le practicó una cesárea de emergencia; su hijo nació la madrugada del 22 de junio.

Una negligencia médica por parte de la anestesióloga que la atendió durante la cesárea causó a Irene una discapacidad total permanente. Además, a Irene también le fue colocado un DIU sin su consentimiento. A Irene le fue violado el derecho a la salud, a la integridad física, a su autonomía reproductiva y a la justicia. El Ministerio Público de Oaxaca no investigó lo ocurrido y tardó diez años en enviar el asunto a la entonces Procuraduría General de la República, a la que le competía conocer del caso. Debido a esa dilación, el delito cometido por la anestesióloga prescribió.

Sin embargo, el Primer Tribunal Unitario del Décimo Tercer Circuito en Oaxaca, encargado de resolver el caso, determinó en diciembre de 2013 que, a pesar de la prescripción, correspondía al Estado mexicano reparar el daño a Irene y a su familia por las violaciones a sus derechos. Para emitir esta resolución, el magistrado solicitó a Fundar la elaboración de un peritaje antropológico con perspectiva de género, a fin de identificar los daños ocasionados a Irene, su familia y su comunidad y —en su caso— determinar las medidas de reparación adecuadas al contexto cultural y con perspectiva de género. Con base en este peritaje, el magistrado determinó una serie de reparaciones a nivel individual, familiar y comunitario, así como acciones para evitar la repetición de los hechos.

Fundar asumió entonces la representación legal de Irene y su familia trabajando para el cumplimiento de la reparación ordenada, impulsando una estrategia mediática. En 2015 la CNDH también emitió la Recomendación 32/2015. En mayo de 2018, el Tribunal declaró la conclusión del caso, considerando que la resolución se había cumplido de manera aceptable.

1.4 VIOLENCIA COMO PROBLEMA PÚBLICO Y DE SALUD

La OMS ha señalado que la violencia contra las mujeres puede tener consecuencias profundas y duraderas para la salud de las sobrevivientes, como lesiones físicas, embarazo no deseado, aborto, ITS (incluso la infección por VIH/Sida), así como en su salud mental. Por ello, el sector salud debe abordarla como un problema de salud pública, ya que afecta a una de cada tres mujeres en las Américas (OPS/OMS. La Violencia Contra La Mujer Estrategia y Plan de Acción Sobre El Fortalecimiento Del Sistema De Salud Para Abordar La Violencia Contra La Mujer, 2015.)

En México, de acuerdo con la ENDIREH 2021, en el último año, 70.1% de las mujeres de 15 años y más habían sufrido al menos un acto de violencia en alguna de sus formas; 49.7% había sufrido violencia sexual; 51% violencia psicológica; 27.4% violencia económica o patrimonial o discriminación en el trabajo; y 34.7% violencia física. Además, 12.6% de las mujeres de 15 años y más refirieron haber sufrido abuso sexual en la infancia. En términos de violencia institucional, en los últimos 5 años, 31.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto o cesárea sufrieron algún tipo de maltrato durante su atención (ENDIREH, 2021). De acuerdo con información de la Auditoria Superior de la Federación (ASF), en 2019, la CNDH emitió 53 recomendaciones, que obedecieron a 53 quejas vinculadas con 135 hechos violatorios asociados a la vulneración del derecho a una vida libre de violencia, a causa de actos de violencia sexual y obstétrica.

A nivel internacional, se reconoce la violencia hacia las mujeres como un problema público; en consecuencia, los Estados se comprometen a generar estrategias, planes y acciones para atenderlo. Así lo establecen los siguientes instrumentos internacionales: la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Nairobi, en 1985; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) de 1994; la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que incluye la meta de la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas como parte del objetivo de la igualdad de género; y la estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer, 2015-2025 de la OMS.

En México, el marco normativo contra la violencia hacia las mujeres es robusto. Sus principales instrumentos son: el artículo cuarto constitucional; La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007); la Ley General de Víctimas (2013); la NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres; Criterios para la Prevención y Atención, que cuenta con criterios para permitir el aborto legal en caso de embarazo por violación y mandata que en las unidades de salud haya personal capacitado disponible, que no sea objetor de conciencia, para practicarlo. También existe el Programa de Acción Específico (PAE) Prevención y Atención a la Violencia 2013-2018 (ahora componente del programa de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024).

Además, existe el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2021-2024, que es la principal guía para erradicar las violencias en razón de género. Entre los mecanismos de coordinación sobresale el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, sustentado en la LGAMVLV (2007).

Aunque la apuesta principal del PAE sobre violencia es la atención de casos de violencia sexual en los servicios de salud, el CNEGSR reconoce que las atenciones no siempre ocurren en las primeras 72 horas, periodo que permite la profilaxis para prevenir ITS como el VIH; además, muchas veces estos casos no se registran de manera adecuada, por ende, no se realizan las acciones que corresponden. Además, algunas condiciones como pobreza, marginación, falta de acceso a sistemas de salud comunitarios adecuados, impiden detectar y atender los efectos de la violencia en la salud de las mujeres, niñas y personas gestantes. Por ello, la violencia contra las mujeres sigue siendo un grave problema de salud pública que el Estado mexicano debe atender con determinación.

La revisión anterior del contexto y avances normativos de SSyR en México permite concluir que, en las últimas décadas, han habido importantes avances normativos y de política pública; sin embargo, los derechos sexuales y reproductivos aún no están garantizados. Persisten problemáticas como falta de personal, medicamentos e insumos insuficientes, equipo médico e instalaciones adecuadas, entre otros, que se agudizan en el medio rural e indígena, como lo muestran los casos de Marisol e Irene.

2. ASIGNACIÓN DE RECURSOS PARA LA POLÍTICA PÚBLICA DE SSyR

2.1 PROGRAMAS DE ACCIÓN ESPECÍFICA DE SSyR

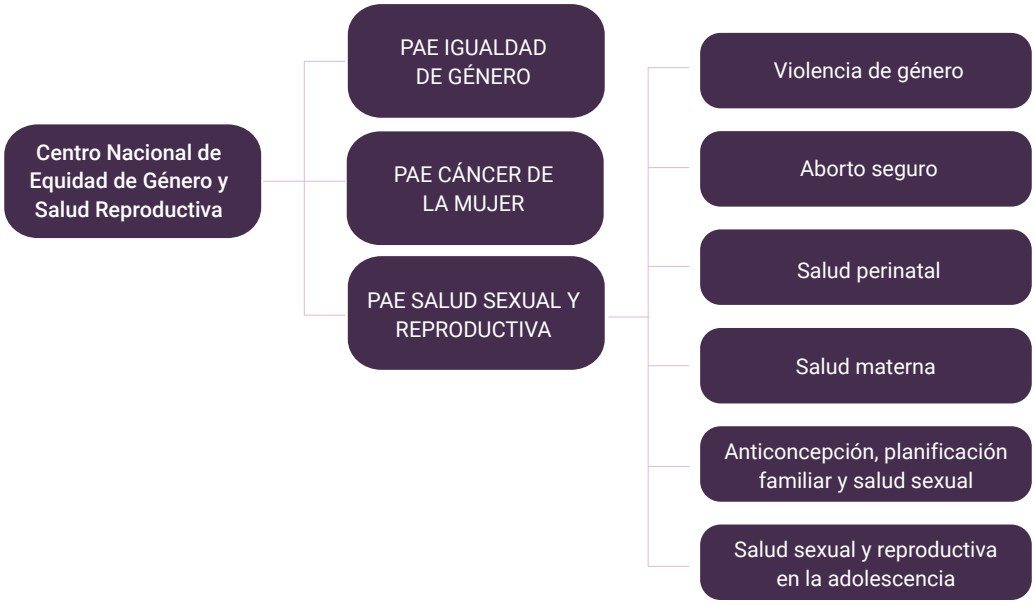
Los Programas de Acción Específicos (PAE) son los instrumentos de política pública en donde se definen las estrategias, acciones e intervenciones que las instituciones y profesionales de la salud llevan a cabo para asegurar la SSyR de las mujeres. En el periodo 2016-2019, existían seis PAE: Salud Materna y Perinatal (SMyP), Prevención y Atención de la Violencia (PyAV), Planificación Familiar y Anticoncepción (PFyA), Cáncer de la Mujer (CM), Igualdad de Género en Salud (IGS), y Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (SSRA). La unidad responsable de su diseño y monitoreo a nivel nacional era, y sigue siendo, el CNEGSR, un órgano desconcentrado de la SSA federal.

En el año 2020 se incorporó un cambio significativo en la política pública. Se mantuvieron los PAE de IGS y CM. Por su parte, se creó uno nuevo de Salud Sexual y Reproductiva que incorpora seis componentes, algunos de los cuales fungían anteriormente como PAE: salud materna; salud perinatal; violencia de

género; salud sexual y reproductiva en la adolescencia; anticoncepción, planificación familiar y salud sexual; y aborto seguro. Este nuevo PAE incluye una mirada más interseccional y reconoce que dentro de la categoría de mujeres existen diversos grupos con necesidades diferentes.[8]

El CNEGSR es el encargado de: "coordinar, supervisar y evaluar la calidad de la prestación de los servicios de salud en materia de su competencia, así como proporcionar asistencia técnica al personal encargado de operar los programas a su cargo en las entidades federativas" (SSA, 2018, p. 32), y de diseñar, implementar y monitorear el avance de los PAE, asegurando que se cumplan las metas nacionales. Por su parte, las Secretarías de Salud Estatales (Sesa) de las 32 entidades son las encargadas de la ejecución de dicha política a nivel local y de informar y rendir cuentas sobre el ejercicio de los recursos y el cumplimiento de las metas estatales.

Diagrama 1. Programas de Acción Específica (PAE) a cargo del CNEGSR a partir de 2020



Fuente: Elaboración propia con base en información contenida en el sitio del CNEGSR

De los tres PAE a cargo del CNEGSR, en esta investigación nos centraremos en el de Salud Sexual y Reproductiva, cuyos objetivos son (SSA, 2021, pp. 139):

8 A finales de 2018, Fundar impulsó un espacio de reflexión con diversas organizaciones de sociedad civil, con el fin de fortalecer la perspectiva de derechos humanos en la política pública de salud materna. Como resultado de este proceso, a finales del 2018, se realizaron 50 recomendaciones para mejorar la salud de las mujeres.

- Impulsar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la población adolescente a través de acciones específicas de información, prevención y atención oportuna.
- Apoyar el ejercicio de la sexualidad elegida, protegida y saludable a través de acciones de anticoncepción, planificación familiar, prevención y atención oportuna en salud sexual.
- Incrementar el acceso a la atención oportuna, integral y segura de la salud materna, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio.
- Contribuir al bienestar de la población infantil mediante acciones de prevención, detección y atención en la etapa prenatal y de la persona recién nacida.
- Garantizar el acceso a servicios de aborto seguro según el marco legal vigente.
- Contribuir a la prevención y reducción de los daños a la salud ocasionados por la violencia de género y la violencia sexual.

2.2 ¿CUÁLES SON LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO PARA LAS ESTRATEGIAS SSyR Y CÓMO FUNCIONAN?

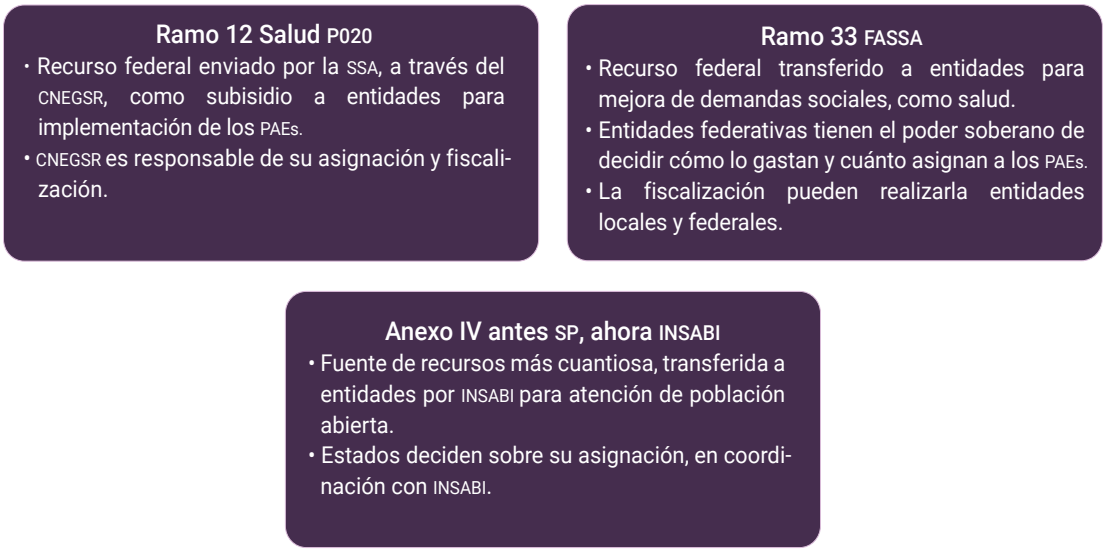
Los recursos para implementar los PAE provienen de tres fuentes de financiamiento: el Ramo 12 (Salud) a través del programa presupuestario P020 Salud Materna Sexual y Reproductiva, el Anexo IV (antes Seguro Popular [SP], ahora INSABI, Anexo 4 Insumos y presupuesto) y el Ramo 33, llamado Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). El Ramo 12 corresponde a recursos federales que se transfieren como subsidios a los estados para el fortalecimiento de ciertas acciones alineadas a metas e indicadores de la política de SSyR. Como unidad rectora de dicha política, el CNEGSR es el responsable del ejercicio y control del gasto del Ramo 12.

Por otra parte, el Ramo 33 corresponde a recursos federales que se transfieren a las entidades para mejorar ciertas demandas sociales como salud o infraestructura (Presupuesto de Egresos de la Federación, 2021, p. 1). Las entidades federativas, a través de sus propias secretarías o dependencias locales, son las encargadas de definir cuántos recursos del Ramo 33 comprometerán para el fortalecimiento de las acciones de SSyR, alineadas a ciertas metas e indicadores nacionales y estatales. Las entidades de fiscalización local y las federales —por ejemplo, la Auditoría Superior de la Federación (ASF)— son las encargadas de fiscalizar estos recursos.

Los recursos del Anexo IV, que son los más cuantiosos, se transfieren a través del INSABI a las entidades federativas para financiar la atención de la población sin seguridad social. Como contexto, es importante mencionar que en 2020 el INSABI sustituyó al Seguro Popular como el esquema que daría atención a toda la

población sin seguridad social. El INSABI prometió mejorar los servicios de salud y dar cobertura a 66 millones de personas —14 millones más que su antecesor el Seguro Popular— (INSABI, 2021, pp. 14 y 15; y CNPSS, 2019, p. 8). En marzo de 2022, hubo un nuevo viraje, ya que se anunció que será ahora el IMSS-Bienestar quien brinde servicios de salud a la población sin seguridad social; sin embargo, el INSABI sigue existiendo y, al cierre de esta investigación, no hay claridad sobre su nuevo rol, por ejemplo, si mantendrá funciones de financiamiento y compra de medicamentos o si eventualmente desaparecerá (Ortega, 2022; Vega, 2022). Destacamos como contexto también que, históricamente, el gasto para la atención de la población sin seguridad social en México ha sido menor que el asignado para otros subsistemas que atienden a población con seguridad social como el IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (Pemex) o Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena). Por ejemplo, en 2021, el gasto per cápita por persona afiliada de Pemex o el IMSS fue de $21,756 y $6,921 respectivamente, mientras que en el INSABI/IMSS-Bienestar fue apenas de $3,058 (Larios, 2021).

Diagrama 2. Fuentes de financiamiento involucradas en el fortalecimiento de los PAE de SSyR



Fuente: Elaboración propia con base en el AFASPE, SIAFFASPE y Presupuesto de Egresos de la Federación.

Para facilitar la coordinación entre el gobierno federal y cada entidad en la prestación de servicios de SSyR, cada año se firma el Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativa (AFASPE), que define el monto de los recursos presupuestarios y en insumos que cada entidad recibe del Ramo 12, y sobre los cuales el CNEGSR ejerce facultades de control. El AFASPE también enuncia o señala los recursos del Ramo 33 y del Anexo IV que se destinarán a acciones de fortalecimiento en cada estado, pero cuya asignación y fiscalización no es responsabilidad del CNEGSR. El AFASPE incluye los

indicadores y las metas que cada entidad se compromete a cumplir para los PAE, las fechas en las que se transferirán los recursos, así como su procedimiento de comprobación. El AFASPE es un mecanismo que asegura y coordina la adecuada instrumentación de los recursos del Ramo 12 y posibilita su seguimiento, control y vigilancia por parte del CNEGSR, por órganos de fiscalización y por la ciudadanía.

A la par, la SSA desarrolló una plataforma electrónica de uso interno llamada Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE), que facilita que las entidades federativas den cuenta del ejercicio del presupuesto público y del desarrollo de las metas, objetivos, indicadores y la comprobación de los recursos de las tres fuentes de financiamiento. Esta plataforma permite saber cuánto dinero asigna cada entidad federativa para cada PAE y cómo y en qué se gasta, al nivel más detallado posible, que es el de partida presupuestaria. Algunos ejemplos de partida presupuestaria incluyen: contratación de personal; compra de equipo médico y de laboratorio; medicamentos y productos farmacéuticos; entre otros. Mientras que el AFASPE se publica, aunque no siempre de forma oportuna, la información del SIAFFASPE puede obtenerse a través de solicitudes de acceso a la información pública, ya que es una plataforma de uso interno. Desde hace más de una década, el AFASPE y SIAFFASPE han permitido al CNEGSR y a la ciudadanía conocer el gasto destinado por cada entidad para el fortalecimiento de las acciones de SSyR para las tres fuentes de financiamiento.

Sin embargo, el análisis de estas herramientas reveló algunos desafíos que impactan la rendición de cuentas de los recursos para la SSyR y la implementación efectiva de los PAE:

1) El CNEGSR enfrenta un importante desafío de rectoría pues, aunque sus facultades incluyen ser la encargada de coordinar, supervisar y evaluar la calidad de la prestación de los servicios de salud en la materia, solo puede ejercer funciones de asignación, control y fiscalización sobre los recursos del Ramo 12. Para las otras dos fuentes de financiamiento, los responsables son las entidades federativas o el INSABI. Esto limita la capacidad del CNEGSR para movilizar recursos para acciones estratégicas o prioritarias contenidas en la política de SSyR.

2) Otro aspecto que afecta la rectoría del CNEGSR se refiere a que las entidades federativas pueden decidir destinar recursos adicionales de otras fuentes de financiamiento a su cargo —distintas al Ramo 33— para avanzar en la SSyR,[9] sin que, en todos los casos, lo reporten o se mencione en el AFASPE o SIAFFASPE. Si bien estos montos pueden ser pequeños, esto se traduce en que el CNEGSR —como entidad rectora— no conoce forzosamente la totalidad de los recursos financieros e insumos que las entidades asignan para la implementación de la política pública a su cargo.

9 Información proporcionada por una persona que labora en los servicios de salud de un estado del occidente del país en entrevista.

3) El SIAFFASPE es una herramienta de rendición de cuentas, creada como una plataforma de uso interno, que concentra información útil y detallada que permite dar seguimiento al ejercicio de los recursos y al cumplimiento de metas e indicadores de la política de SSyR, pero que no se transparenta a la ciudadanía.

4) La información del SIAFFASPE entregada por solicitudes de acceso a información no cumple con características de datos abiertos, ya que la forma en la que es presentada no permite reutilización, procesamiento y redistribución; ni su análisis para la contraloría social.

5) La transición del SP al INSABI en 2020 trajo consigo nuevos desafíos en materia de transparencia y rendición de cuentas. Históricamente, la ciudadanía había podido acceder al gasto desagregado de los recursos del Anexo IV mediante solicitudes de acceso a información. Sin embargo, por primera vez, en 2021, ni el CNEGSR ni el INSABI nos proporcionaron información relacionada con el Anexo IV. El primero respondió que no contaba con "expresión electrónica de la información requerida en la plataforma del SIAFFASPE, por lo que la misma [era] inexistente", mientras que el segundo la declaró también inexistente, a pesar de que es la instancia encargada de transferir estos recursos a los estados. La falta de acceso a esta información financiera genera un problema de trazabilidad de los recursos para la rendición de cuentas.

2.3 RECURSOS EJERCIDOS PARA LA COMPRA DE MEDICAMENTOS DE SSYR

Para el cumplimiento de sus objetivos, los PAE de SSyR consideran distintos insumos, recursos y estrategias, entre los que se encuentran los medicamentos. El propósito de este apartado es analizar cómo han evolucionado, en el periodo 2016-2021, los recursos ejercidos para la compra de medicamentos de SSyR por fuente de financiamiento y por nivel de gobierno.

Es importante señalar que no todos los PAE o componentes tienen asignados recursos para la compra de medicamentos. En el periodo 2016-2019, solo cuatro de los seis PAE consideraban la adquisición de medicamentos: Salud Materna y Perinatal, Prevención y Atención de la Violencia, Planificación Familiar y Anticoncepción, y Cáncer de la Mujer. A partir de 2020, solo el de Salud Sexual y Reproductiva y el de Cáncer de la Mujer adquieren medicamentos.

En este análisis no consideramos el PAE de Cáncer de la Mujer, pues durante el periodo estudiado no se realizaron compras de medicamentos a nivel federal, mientras que en las entidades federativas se ejercieron pocos recursos para este PAE (por ejemplo, en 2016-2018, solo se ejercieron poco más de 7 millones de pesos en medicamentos); cantidad mínima en comparación con los otros componentes. Esto obedece

a que este PAE no financia la atención del cáncer sino acciones de detección.[10] Por ello, nuestro análisis solo considera estos PAE:

Periodo 2016-2019	Periodo 2020-2021
• Salud Materna y Perinatal • Prevención y Atención de la Violencia • Planificación Familiar y Anticoncepción	• Salud Sexual y Reproductiva. En específico los componentes de salud materna; violencia de género; anticoncepción, planificación familiar y salud sexual; y aborto seguro

Gasto por nivel de gobierno que realiza las compras

Las cifras que se presentan a continuación se obtuvieron del AFASPE y SIAFFASPE y fueron confrontadas con las proporcionadas por el CNEGSR. Aunque inicialmente consideramos incluir el año 2021 en nuestro análisis, no fue posible hacerlo porque para ese año el CNEGSR reportó no haber realizado compras de medicamentos y tampoco indicó qué institución la realizó, ni por qué montos.[11] Además, como se señaló antes, no tuvimos información del SIAFFASPE relativo al Anexo IV.

Es relevante precisar también que las cifras de las compras federales para 2019 son ligeramente más altas que las presentadas a continuación, ya que —como se explicará más adelante— en ese año solo nos reportaron información del monto pagado por los medicamentos, pero no el monto de su distribución. No obstante, consideramos importante incluir los datos de 2019 para ilustrar la tendencia histórica que ha tenido el gasto.

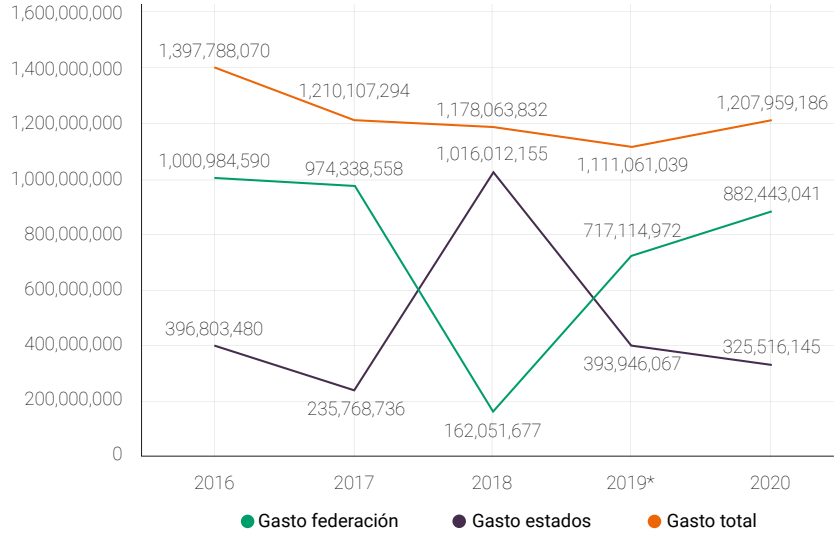
A continuación, en la Tabla 1 y Gráfica 1, se presentan los montos erogados para la compra de medicamentos de SSyR en el periodo 2016-2020 por nivel de gobierno. Éstos fueron deflactados a pesos de 2021 para permitir su comparación entre años.

10 La atención del cáncer de mama y de cuello uterino se paga con recursos del Fondo de Salud para el Bienestar, un fideicomiso del INSABI que financia 66 intervenciones de padecimientos de alto costo (Oropeza Eng 2020, p. 26).

11 Respuesta a la solicitud de información 331001922000014 hecha al CNEGSR. La pregunta que se planteó fue la siguiente: "Solicito en versión pública y en datos abiertos conocer cuáles fueron las compras de medicamentos y productos farmacéuticos adquiridos por el CNEGSR o por otra dependencia de la partida 25301 para los programas de acción específica a cargo del CNEGSR durante el 2021. Solicito se desglose el nombre del medicamento, el número de piezas adquiridas para cada uno de los programas de acción específica y/o componentes a cargo del Centro, el monto de cada compra, la fuente de financiamiento, el proveedor con el que se adquirió, y el mecanismo por el que se adquirió (invitación a tres, adjudicación directa, licitación pública). Adicionalmente, solicito se me indique si el precio unitario de cada uno de los medicamentos adquiridos ya incluye el costo de su distribución. De igual forma, solicito que se me indique la dosis o gramaje de cada medicamento y no solo el nombre del mismo".

Gráfica 1. Gasto en compra de medicamentos por nivel de gobierno 2016-2020

(Pesos constantes 2021)



Fuente. Elaboración propia con base en los SIAFFASPE y en respuestas a las solicitudes de información 1200200004119, 1200200008521 y 1200200021321, hechas al CNEGSR.

* El monto de las compras federales en 2019 es ligeramente superior porque para ese año, no se nos proporcionó el costo que se pagó por la distribución de los medicamentos.

Tabla 1. Gasto en compra de medicamentos de SSyR por nivel de gobierno 2016-2020

(Pesos constantes de 2021)

Año	Gasto federal en medicamentos	Gasto federal en medicamentos respecto del gasto total (porcentaje)	Gasto de estados en medicamentos	Gasto de estados respecto del gasto total en medicamentos (porcentaje)	Gasto total de medicamentos	Variación porcentual en gasto total respecto del año anterior
2016	1,000,984,590	71%	396,803,480	29%	1,397,788,070	
2017	974,338,558	80%	235,768,736	20%	1,210,107,294	-13.42%
2018	162,051,677	14%	1,016,012,155	86%	1,178,063,832	-2.64%
2019	717,114,972*	65%	393,946,067	35%	1,111,061,039	-6%*
2020	882,443,041	73%	325,516,145	27%	1,207,959,186	+8.7

Fuente. Elaboración propia con base en los SIAFFASPE y en respuestas a solicitudes de información proporcionadas por el CNEGSR.

* El monto de las compras federales en 2019 es ligeramente superior porque, para ese año, no se nos proporcionó el costo que se pagó por la distribución de los medicamentos.

Excepto en 2018, en el periodo 2016-2020, la federación compró, de forma centralizada, tres cuartas partes (75%) de los medicamentos de SSyR y los envió *en especie* a las entidades, según se estableció en los AFASPE. El porcentaje restante de medicamentos fue adquirido por las entidades con los recursos que les fueron transferidos. El año 2018 fue atípico, ya que las entidades ejercieron esa ocasión la mayoría de los recursos.

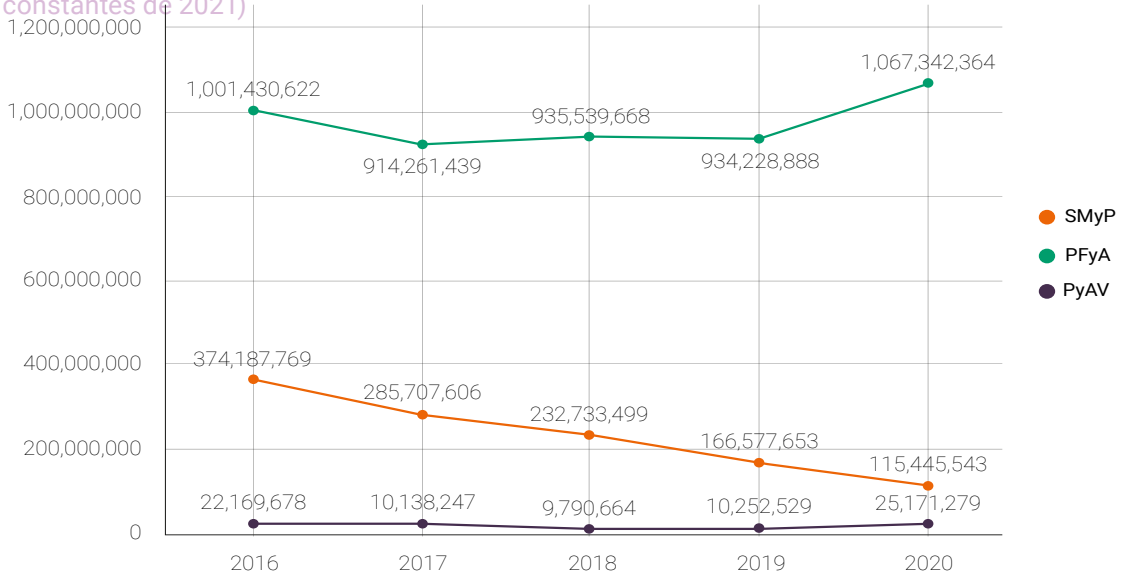
Respecto al monto total asignado para la compra de medicamentos, en términos reales, la mayor cantidad de recursos federales y estatales se ejerció en 2016, por un monto superior a los 1,397 millones de pesos. En 2017, 2018 y 2019 el gasto disminuyó, lo que constituye regresividad. En 2020, aumentó 8.7% respecto a 2019; sin embargo, no volvió a alcanzar los niveles de 2016. (Ver Gráfica 2 y Tabla 2).

La regresividad de los recursos para la compra de medicamentos afecta la implementación de la política de SSyR dirigida a reducir los índices de mortalidad materna y neonatal, garantizar el aborto seguro, prevenir embarazos no deseados, prevenir la transmisión del VIH para casos de violencia sexual, entre otros. Además, destacamos que, con la ampliación de su población objetivo, el gasto del INSABI destinado a la compra de medicamentos debió haber alcanzado e incluso superado los niveles de 2016.

Gasto por PAE

Gráfica 2. Gasto total de medicamentos por la federación y los estados por PAE 2016-2020

(Precios constantes de 2021)



Fuente. Elaboración propia con base en los SIAFFASPE y en respuestas a las solicitudes de información 1200200004119, 1200200008521 y 1200200021321, hechas al CNEGSR.

Tabla 2. Gasto total de medicamentos por PAE 2016-2020

(Precios constantes de 2021)

	SMyP	PfyA	PyAV	Total
2016	374,187,769	1,001,430,622	22,169,678	1,397,788,069
2017	285,707,606	914,261,439	10,138,247	1,210,107,292
2018	232,733,499	935,539,668	9,790,664	1,178,063,831
2019**	166,577,653**	934228888**	10,252,529**	1,111,059,070**
2020	115,445,543	1067342364	25,171,279	1,207,959,186

Fuente. Elaboración propia con base en los SIAFFASPE y en respuestas a solicitudes de información proporcionadas por el CNEGSR.

Nota: En 2019 y 2020, el CNEGSR no reportó la adquisición de ningún medicamento para el PAE de salud materna y perinatal, por lo que los datos que se muestran aquí corresponden al gasto erogado por las entidades en compra de medicamentos.

** En 2019, el monto erogado por programa es ligeramente superior pues, para ese año, solo se nos proporcionó el costo de los medicamentos y no el costo total de su distribución, para las compras federales.

Si realizamos el análisis del gasto por programa en el periodo 2016-2020, se observa que la mayoría de los recursos ejercidos en la compra de medicamentos se destinan al PAE de PFyA, seguido del de SMyP. Por otra parte, al que se destinan menos recursos desde su origen es al de PyAV. Esto muestra que hay un sesgo en el gasto ya que el Estado mexicano gasta más en medicamentos destinados a promover la planificación familiar y la anticoncepción que en los que pueden garantizar un aborto seguro, o para evitar una muerte materna, prevenir ITS o enfermedades derivadas de actos de violencia sexual.

La asignación de recursos es relevante ya que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), del que México es parte, establece la obligación de los Estados Parte de adoptar medidas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr *progresivamente*, por todos los medios apropiados [...] la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC, 1966, artículo 2). La progresividad implica la asignación creciente de recursos públicos para la garantía de un derecho. En el caso de los medicamentos, una reducción de recursos afecta su disponibilidad y calidad. Como se observó, en el caso del gasto de medicamentos para SSyR no ha habido una asignación progresiva.

En resumen, este apartado buscó clarificar cómo se ha instrumentalizado la política pública de SSyR a través de los PAE en los últimos años. Se evidenció que la diversidad de fuentes de financiamiento y actores involucrados en su implementación ocasiona que las responsabilidades en la operación y fiscalización se diluyan. También se constató que la asignación de recursos para medicamentos para SSyR no ha sido progresiva en el periodo de estudio.

Además, observamos que existen problemas para que el CNEGSR pueda ejercer sus funciones de rectoría de manera eficaz, sobre todo en lo que corresponde a la asignación y control de los recursos del Ramo 33 y del Anexo IV, lo que puede limitar el cumplimiento de objetivos y metas de la política de SSyR. Finalmente, encontramos que persisten problemas de transparencia y rendición de cuentas sobre la asignación y ejercicio del gasto contenida en el SIAFFASPE, pues en 2021 ninguna de las unidades responsables señaló contar con información de dicha herramienta para el Anexo IV.

3. LAS COMPRAS A NIVEL FEDERAL DE MEDICAMENTOS DE LOS PAE DE SSYR

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) señala que las compras públicas son un área proclive a la corrupción dada la gran cantidad de recursos que conllevan. Tan solo en 2017, en México, las compras públicas representaron el 16% del gasto público total, equivalente al 3.6% del Producto Interno Bruto (PIB) (OCDE, 2017). Analizar las compras de medicamentos es relevante porque, desde hace más de una década, instancias de fiscalización como la Auditoría Superior de la Federación (ASF) ha detectado que en estos procesos tienden a ocurrir diversas irregularidades como sobreprecios, desvío de recursos, falta de comprobaciones, opacidad, falta de transparencia y de rendición de cuentas, entre otras.[12] Dichas irregularidades pueden mermar la cantidad, calidad y disponibilidad de los medicamentos necesarios para garantizar el derecho a la salud. Dado este riesgo, una de las primeras acciones emprendidas por el gobierno de AMLO fue cambiar, a partir de 2019, los esquemas de compras de medicamentos para promover mayor competencia, calidad, y mejores precios y condiciones para el Estado; ya que argumentó que los anteriores esquemas facilitaban irregularidades como sobreprecios, concentración de mercado, entre otros, que afectaban sobre todo a las personas usuarias de los servicios de salud.

12 Algunas de las auditorías en donde la ASF ha señalado estas irregularidades son: ASF, 2019, Recursos Federales Transferidos a través del Acuerdo de Coordinación Celebrado entre la Secretaría de Salud y la Entidad Federativa Auditoría De Cumplimiento: 2019-0-12100-19-0169-2020 169-DS, p. 8; ASF, 2010, Adjudicación de Medicamentos Mediante Oferta Subsecuente de Descuentos para el Programa E002 Auditoría Financiera y de Cumplimiento en el IMSS: 10-1-00GYR-02-0831 DS-084, pp. 4-9, 13 y 19; ASF, 2019, Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral Auditoría De Cumplimiento del Gobierno del Estado de Yucatán: 2019-A-31000-19-1323-2020 1323-DS-GF, p. 5; ASF, 2019, Adquisición Consolidada de Medicamentos Auditoría De Cumplimiento Forense en el IMSS: 2018-1-19GYR-23-0268-2019 268-DS, pp. 30-39; ASF, 2019, Inventarios de Medicamentos en Almacenes de Unidades Médicas Auditoría De Cumplimiento del ISSSTE: 2018-1-19GYN-19-0262-2019 262-DS; pp. 38-40.

En el caso específico de los medicamentos para SSyR, las irregularidades y falta de rendición de cuentas en las compras pueden tener diversos impactos. Por ejemplo: la compra a sobreprecio disminuye la cantidad de medicamentos adquiridos y puede impactar su disponibilidad. La adquisición de medicamentos sin la calidad necesaria puede poner en riesgo la vida o integridad física de las mujeres. El desvío de recursos impide que los medicamentos se compren y lleguen a las mujeres, y pone en evidencia un problema de rectoría y rendición de cuentas de las autoridades encargadas de implementar la política pública y de aquellas que deben fiscalizarla. La falta de comprobación, además de generar dudas respecto a la efectiva adquisición y entrega de los insumos, puede ocasionar que en años posteriores disminuya el presupuesto asignado a las entidades que no la realizaron.

Por lo tanto, en esta sección analizaremos las compras de medicamentos para SSyR realizadas a nivel federal. Se identificará el proceso de compra y los principales cambios que se han tenido en los esquemas de adquisiciones durante los últimos años. En particular nos enfocaremos en tres elementos de los medicamentos: proveedores, mecanismos para asignar contratos y precios. Este análisis lo hicimos a través de solicitudes de acceso a la información al CNEGSR en donde pedimos datos generales sobre sus compras (proveedores, medicamentos, precios).

3.1 EL MODELO DE COMPRA DE MEDICAMENTOS HASTA 2018

Hasta antes de 2019, el grueso de las adquisiciones de medicamentos en las instituciones públicas de salud a nivel federal se realizaba mediante un sistema de compras consolidadas lideradas por el IMSS. Este funcionaba así: las instituciones de salud calculaban su demanda, después el IMSS las agregaba y realizaba una sola adquisición, con el propósito de disminuir los costos de los medicamentos para todas las instituciones. Los precios en este esquema de compra consolidada los establecía la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos e Insumos para la Salud, creada desde 2008. También se realizaba un estudio de mercado para saber qué proveedores vendían el medicamento y a qué precio. En este esquema, el gobierno pedía a las empresas participantes que vendieran el medicamento y que se encargaran de distribuirlo, entregándolo hasta el almacén estatal o la unidad donde se necesitara. Por ello, este esquema operaba primordialmente a través de la contratación de un puñado de empresas distribuidoras, que tenían la capacidad de venderle una gran cantidad de medicamentos al gobierno y contaban con la capacidad logística para distribuirlos. Con los años, esto generó una concentración de mercado ya que estas distribuidoras abastecían la mega compra consolidada que realizaba el IMSS, y también vendían medicamentos a gobiernos estatales, hospitales, etc. Por ejemplo, en la compra consolidada de 2017-2018, participaron 5 dependencias federales, 22 entidades y 23 institutos de la SSA. El monto de esa compra fue de 58 mil 435 millones de pesos (IMSS, 2022).

¿Quiénes eran las grandes distribuidoras de medicamentos?

Las tres principales empresas distribuidoras que abastecían las compras de medicamentos hasta antes de 2019 eran Grupo Fármacos Especializados (Grufesa), Farmacéuticos Maypo y Distribuidora Internacional de Medicamentos y Equipos Médicos (Dimesa). A continuación, presentamos algunas características y antecedentes de estas empresas para explicar de dónde provenía su poder de mercado y su capacidad para abastecer las compras de medicamentos.

Grufesa

Constituida en la CdMx en 2006, los fundadores y principales accionistas de Grufesa son la familia Pérez Fayad.[13] Grufesa se dedica a la distribución farmacéutica en todo el país, ofrece compra, venta, fabricación, distribución, importación y exportación de productos medicinales, farmacéuticos, químicos, equipo médico, equipo y material de laboratorio. Antes de crear Grufesa, los Pérez Fayad habían incursionado en el sector farmacéutico: en 1978 inauguraron su primera farmacia, a la que siguieron muchas más. Grufesa es parte de un conglomerado de más de 30 empresas dedicadas al sector médico y farmacéutico. Al tener varias empresas, Grufesa puede abastecer toda la cadena de suministro de medicamentos (logística, cadena fría, venta y distribución, farmacias, etc.). Además de Grufesa, otras empresas del conglomerado creadas en 2006, como Selecciones Médicas del Centro y Equimed del Centro, participan en licitaciones públicas vendiendo medicamentos y otro tipo de insumos médicos. En 2011, la familia Pérez Fayad adquirió Comercializadora de Productos Institucionales (CPI), empresa que lideraba la venta de medicamentos genéricos para el sector público. Con ello, Grufesa se consolidó como una distribuidora que podía vender medicamentos de patente y genéricos. Grufesa fue la principal proveedora de medicamentos a nivel federal en el sexenio de EPN. A través de otra de sus empresas, Fármacos Nacionales (Fanasa), también tiene un rol importante en el sector privado, abasteciendo a clínicas, hospitales y farmacias independientes (Fanasa, 2020), lo que la vuelve un conglomerado importante en el sector farmacéutico.

Farmacéuticos Maypo

Farmacéuticos Maypo comparte tres características con Grufesa: 1) es también un negocio familiar, perteneciente a los Arenas Wiedfeldt, 2) es una de las empresas de Grupo Arfeldt S.A. de C.V., un conglomerado de 11 farmacéuticas con operaciones en México y en América Latina, y 3) tiene una integración vertical de sus empresas, lo que le permite abastecer toda la cadena de suministro de medicamentos, desde la creación de productos hasta su distribución y logística. Grupo Arfeldt se creó hace más de 25 años y es uno de los líderes en el mercado de medicamentos especializados: provee antirretrovirales para VIH o medicamentos para cáncer y diabetes, por ejemplo. Tres de las principales empresas de Grupo Arfeldt son Maypo Farmacias (dispensación de medicamentos de alta especialidad), Farmacéuticos Maypo (compra, venta, importación, distribución, logística, etc.) y Stendhal International S.A. de C.V., un laboratorio farmacéutico que produce medicamentos y que permitió expandir la presencia del Grupo Arfeldt en América Latina (Marcanet, 2014).

13 José Antonio Pérez Pérez y Ambra Fayad Said fueron los fundadores. Sus tres hijos, José Antonio, Francisco Daniel y Amara del Carmen son accionistas tanto de Grufesa como del conglomerado de empresas.

Farmacéuticos Maypo fue constituida en 1993, pero desde los setenta la familia Arenas Wiedfeldt había incursionado en el mercado farmacéutico. Primero abasteció unidades de salud de la CdMx y poco a poco amplió sus operaciones para distribuir medicamentos en otros estados. En el año 2000 inició un nuevo ramo de la empresa, Farmacias Maypo, que ofrece medicamentos de alta especialidad y genéricos. Farmacéuticos Maypo se dedica a la distribución, logística y venta de medicamentos en México para el sector público y privado y, al igual que Grufesa, cuenta con una empresa distribuidora.

A diferencia de Grufesa, Grupo Arfeldt y Farmacéuticos Maypo tienen una política antisoborno y anticorrupción, lineamientos para prevenir conflicto de intereses y un código de conducta, además de que públicamente se declaran socialmente responsables. Farmacéuticos Maypo distribuye varios de los medicamentos que elaboran otras empresas del Grupo Artfeldt, como Stendhal Pharma, que produce antirretrovirales o tratamientos para esclerosis múltiple (Stendhal, 2021). La integración de laboratorios y una empresa de distribución permite a Grupo Artfeldt tener una gran ventaja en el mercado (Carrillo, 2019). Desde 2010, Farmacéuticos Maypo se convirtió en una empresa líder de distribución de medicamentos especializados, aumentando su participación en el mercado de venta y distribución de medicamentos al sector público.

Dimesa

Dimesa es la tercera empresa que más medicamentos abasteció a las instituciones de salud pública. Fundada por Carlos Álvarez Bermejillo, forma parte también de un conglomerado de empresas que pertenecen a la misma familia y que le permite ofrecer una integración vertical en el sector farmacéutico. Además de Dimesa, la familia es dueña de PiSA, un laboratorio e importante productor de medicamentos especializados, por ejemplo, para cáncer. La familia Álvarez tiene también farmacias en el sector privado y otras empresas dedicadas al ramo de la salud (El Imparcial, 2021). Mediante otra de sus empresas, creada en 2016, Servicios de Farmacia Prefarma, S.A. de C.V., ha abastecido al gobierno de medicamentos desde 2017 (Infobae, 2020).

En los últimos años, estas tres distribuidoras concentraron la mayor parte de los contratos federales, estatales y locales para la compra de medicamentos. Por ejemplo, en el periodo 2012-2018, la compra de medicamentos en el sector salud fue de 303 mil 076 millones de pesos. De éstos, 35% fueron adquiridos con Grufesa, 11% con Farmacéuticos Maypo y 5% con Dimesa (Forbes Staff, 2019). En 2018, estas tres empresas vendieron más del 60% de todas las medicinas y materiales de curación al IMSS e ISSSTE por un monto de 34 mil 280 millones de pesos (Aristegui Noticias, 2019).

La integración vertical de estas tres distribuidoras y su capacidad para abastecer la demanda les daba un gran poder de mercado frente a los gobiernos, lo que abría la puerta a irregularidades y generaba riesgos de corrupción, que enumeraremos a continuación:

Frente a los gobiernos, lo que abría la puerta a irregularidades y generaba riesgos de corrupción, que enumeraremos a continuación:

a) ***Sobreprecios:*** En cuanto a precios, la organización Poder documentó que el IMSS compró, entre 2008 y 2018, en su mayoría con estas tres distribuidoras, medicamentos con un sobrecosto de más de 18 mil millones de pesos (Poder, 2021).

b) ***Conflicto de interés o puertas giratorias:*** Por ejemplo, en el caso de Grufesa, de acuerdo con información del Registro Público de la Propiedad obtenida por Fundar, hasta 2020, dos miembros de su consejo y de otras de sus empresas eran exfuncionarios públicos. El primero era Sergio Hidalgo Monroy Portillo, quien fue Director General del ISSSTE en 2011-2012, así como Director General del Servicio de Enajenación de Bienes en 2010-2011 y Oficial Mayor de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en 2010-2016. Además, fue Director General de ALEATICA en 2018-2020 y de su antecesora OHL en 2013-2018, ambas empresas involucradas en escándalos de corrupción (El CEO, 2020). El segundo era Eduardo González Pier, quien fue Director de Finanzas del IMSS en 2009 y 2013, y Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud con el gobierno de Peña Nieto. Al incluir a exfuncionarios públicos en el consejo de Grufesa o de otra empresa de su conglomerado como Equimed, Fármacos Especializados pudo haber generado ciertas ventajas en la competencia por contratos con el gobierno.

c) ***Poca competitividad:*** El gran poder de estas empresas y su vínculo con funcionarios y funcionarias públicas también ocasionaba que muchos de los medicamentos se adquirieran mediante mecanismos poco competitivos, como adjudicaciones directas o procesos de invitación a tres empresas.

d) ***Privilegios fiscales:*** En ocasiones, el gobierno puede beneficiar a grandes empresas distribuidoras o farmacéuticas con privilegios o exenciones fiscales que afectan tanto la competitividad de su sector como los ingresos que el Estado deja de recaudar para garantizar derechos humanos. Por ejemplo, como muestra la Tabla 3, durante el gobierno de EPN en 2012-2018, según datos obtenidos por Fundar, el Servicio de Administración Tributaria condonó 7 mil 705 millones de pesos a seis de las diez farmacéuticas que más ganancias registraban en el país[14] y también a una de las empresas distribuidoras del conglomerado de la familia Pérez Fayad, dueños de Grufesa. En 2013, la empresa Fármacos Especializados recibió una condonación fiscal por 1, 824 millones de pesos (Ver Tabla 3).

14 La lista de farmacéuticas que más ganancias generan fue elaborada por la Secretaría de Economía en el siguiente estudio, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/62881/130820_DS_Farmaceutica_ESP.pdf

Tabla 3. Monto condonado a las seis farmacéuticas con mayores ganancias y distribuidoras en el periodo 2012-2018

(Pesos constantes de 2019)

Años	Empresa	Monto condonado
2013 y 2015	Productos Roche SA de CV	$3,796,451,911
2013	Fármacos Especializados (empresa del conglomerado de GRUFESA)	$1,834,622,569
2013	Merck Sharp & Dohme de México SA de CV	$983,005,891
2013	Novartis Farmacéutica SA de CV	$771,579,128
2013	Glaxosmithkline México SA de CV	$195,241,734
2013	Merck Sharp & Dohme Comercializadora S de RL de CV	$112,605,421
2013	Sanofi Aventis de México SA de CV	$12,445,463
	Total	7,705952,117

Fuente. Elaboración propia con base en información contenida en el sitio *Privilegios Fiscales* de Fundar, Centro de Análisis e Investigación, disponible en https://privilegiosfiscales.fundar.org.mx/

3.2 2019: UN CAMBIO DE MODELO DE COMPRAS

Dada la concentración de mercado en pocas distribuidoras y los aparentes riesgos de corrupción, el gobierno de AMLO cambió el esquema de compras de medicamentos en 2019, argumentando que había "influyentismo y corrupción". El propio presidente giró en ese año el oficio 009/03/2019, dirigido a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), para pedir que no se permitiera la participación de estas empresas en licitaciones y adjudicaciones hasta investigar si hubo corrupción y tráfico de influencias en las compras realizadas (Morales, 2019).

Además de vetar a las empresas, el gobierno decidió implementar un nuevo esquema a partir de 2019. Transfirió la facultad de realizar compras consolidadas del IMSS a la Oficialía Mayor de la SHCP. También dividió el proceso de compra en dos partes o dos licitaciones. La primera para la compra del medicamento, en la cual solo podrían competir quienes tuvieran el registro sanitario, es decir, los laboratorios (con lo que se eliminó la posibilidad de que las distribuidoras tradicionales participaran). La segunda licitación era para empresas que quisieran distribuir los medicamentos adquiridos en diversas regiones del país. En esta segunda licitación sí podrían participar distribuidoras. La SHCP se auxilió de la SSA para la compra de medicamentos de 2019.

De acuerdo con dos auditorías realizadas por la ASF, este nuevo esquema implementado tuvo resultados limitados, pues no se lograron comprar muchos de los medicamentos que se tenían planeados: de

las 3,988 partidas, solo 36% fueron adjudicadas a un ganador, mientras que 48% se declararon desiertas pues no hubo empresas interesadas y 18% no se concursaron. Además, según la ASF, ni la SHCP ni la SSA dieron un seguimiento a las compras de medicamentos para verificar que las personas usuarias de los servicios de salud tuvieran acceso gratuito, efectivo y universal a ellos. Dado que esta mega licitación no tuvo los resultados esperados, las instituciones de salud pública tuvieron que realizar compras emergentes de medicamentos para satisfacer la demanda.[15]

En el 2020, el gobierno cambió de nueva cuenta el esquema de compra. Realizó modificaciones al marco legal de adquisiciones para poder realizar compras internacionales y firmó un acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas de Servicio para Proyectos (UNOPS) para que esta agencia las realizara. Dicho esquema también dio resultados limitados pues, además de que se retrasó más de seis meses, esta instancia solo logró adquirir 45% de las claves de medicamentos que se había propuesto, mientras que 55% se declararon desiertas (Cruz Martínez, 2021). Por ello, el gobierno recurrió a un plan alternativo, que consistió en realizar mega compras a través del INSABI para adquirir el faltante que la UNOPS no consiguió. En 2021, la UNOPS y el INSABI siguieron siendo las instancias encargadas de la compra consolidada, también con resultados limitados.

Del análisis anterior, se desprende que, a la fecha, no se ha logrado consolidar un esquema de compra que funcione y permita abastecer la demanda de medicamentos adecuada y oportunamente. Una consecuencia negativa de estos cambios ha sido el desabasto de medicamentos que han documentado pacientes, organizaciones y medios de comunicación, el cual que se ejemplifica en el siguiente cuadro, elaborado por Nosotrxs y el Colectivo Cero Desabasto (2022).[16]

15 Las auditorías realizadas por la ASF son Auditoría de Desempeño 2019-0-12100-07-0162-2020 162-DS y Auditoría de Cumplimiento 2019-0-12100-19-0163-2020 163-DS

16 El Cuadro "Desabasto de medicamentos: ¿qué dicen los datos públicos?" se elaboró en junio de 2022 y forma parte de la colaboración especial de Nosotrxs y Cero Desabasto para la presente investigación.

Desabasto de medicamentos: ¿qué dicen los datos públicos?

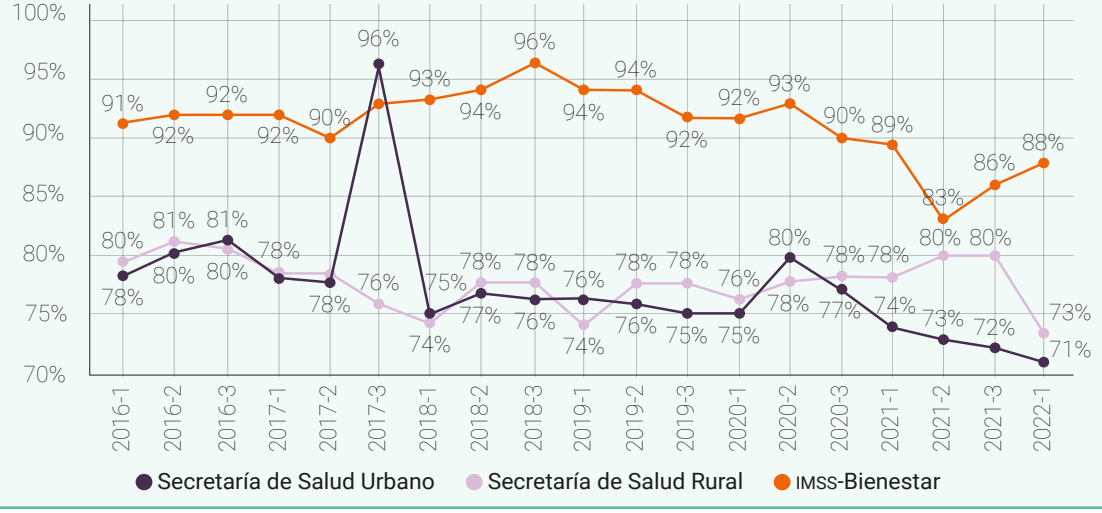
Andrés Castañeda y Frida Romay
Nosotrxs y Colectivo Cero Desabasto

El acceso a los medicamentos e insumos para la salud en México se redujo de manera considerable durante los últimos años. El Colectivo Cero Desabasto, formado por cerca de 70 organizaciones de la sociedad civil y pacientes ha observado, con preocupación, cómo diversos indicadores de salud pública muestran que la falta de disponibilidad de vacunas, insumos y fármacos se ha agudizado, en particular desde el último trimestre del 2019, provocando que las y los pacientes se enfrenten a una situación en la que su salud, su tranquilidad y su economía se ven afectadas.

La principal razón de esta problemática tiene su origen en cambios de política en salud implementados por la administración en turno, entre los que destacan la reducción presupuestal y, sobre todo, la inadecuada implementación de cambios en el modelo de adquisición de medicamentos e insumos médicos. En 2019, se centralizó la compra en la SHCP, cambio que también impactó en el proceso de distribución y almacenamiento. Posteriormente, ante el fracaso de esta estrategia, se hicieron más cambios con el fin de garantizar la adquisición efectiva de insumos, vacunas y fármacos, con la entrada de nuevos jugadores como el INSABI o UNOPS. Los principales subsistemas, como son el IMSS o los servicios estatales de salud y el ISSSTE, han tenido que hacer compras emergentes para resolver de alguna manera el desabasto y sus afectaciones, que se agudizan sobre todo para las personas sin seguridad social, quienes históricamente han sido menos favorecidas por el sistema de salud. Como muestra la gráfica I, el desabasto se ha agudizado tanto en centros de salud rurales como urbanos, tal como muestra el sistema de indicadores de calidad en salud generado por el propio gobierno.

Gráfica I Porcentaje de surtimiento según INDICAS II

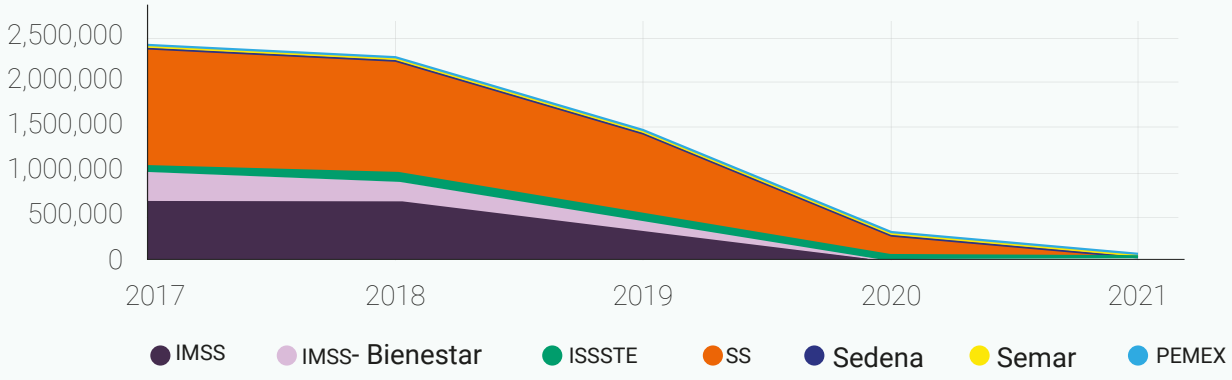
Porcentaje de surtimiento completo de medicamentos Nacional en Unidades de Primer Nivel por cuatrimestre



El desabasto de medicamentos e insumos de SSyR no ha sido la excepción. Un caso alarmante es la disminución en la aplicación de la vacuna conta el virus de papiloma humano (VPH) de la cual se aplican dos dosis a niñas entre 9 y 11 años. Entre 2018 y 2021 su aplicación cayó en 95% (ver gráfica II).

Gráfica II Dosis aplicadas de VPH por año

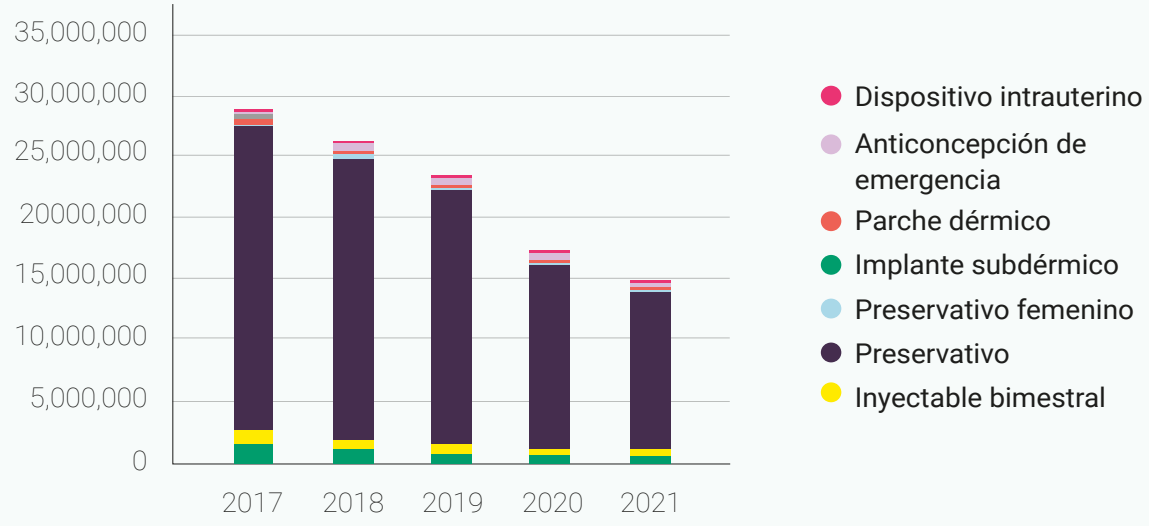
Dosis aplicadas de la Vacuna Contra el Papiloma Humano por institución



Otro ejemplo claro de la disminución en el acceso a medicamentos e insumos es el caso de los métodos anticonceptivos ya que para 2021 se entregó un 48% menos que en 2017 (ver gráfica III).

Gráfica III Métodos anticonceptivos entregados por la SSA

Métodos anticonceptivos entregados por año en la Secretaría de Salud



La falta de acceso a medicamentos e insumos tiene implicaciones importantes para la tranquilidad, la salud y la economía de las personas que vivimos en México. Estas consecuencias pueden ser directas como es el riesgo de complicaciones, la falta de control de enfermedades crónicas o incluso la muerte.

Tiene también consecuencias indirectas importantes; una de ellas es el aumento del gasto de bolsillo de las personas para la compra de medicamentos: por ejemplo, entre 2018 y 2020 aumentó un 68% el gasto de bolsillo en México. Otra consecuencia es el crecimiento del mercado ilegal de medicamentos que pone en riesgo a la ciudadanía. Los reportes a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) por medicamentos robados y falsificados aumentaron en 136.7% entre el 2020 y el 2021. Una afectación más es el aumento en la carga jurídica para las instituciones de salud, por ejemplo: los amparos por falta de medicamento contra el Consejo de Salubridad General (CSG) pasaron de 15 en el 2019 a 4,227 en 2020, y hasta 15,980 en 2021.

Finalmente, la falta de vacunación contra el VPH y el abasto inadecuado de métodos anticonceptivos podría provocar el aumento de embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y los casos de cáncer cervicouterino en los próximos años.

3.3 PROCESOS DE CONTRATACIÓN Y PROVEEDORES PARA LOS PAE DE SSYR

En el periodo 2016-2018, el CNEGSR no participaba en las compras consolidadas del IMSS, sino que realizaba por su cuenta todo el proceso de contratación para las adquisiciones de medicamentos de los PAE a su cargo. A partir de 2019, con el cambio de modelo de compras implementado por el gobierno federal, el CNEGSR dejó de realizar sus compras y se unió a la compra consolidada y centralizada como una unidad requirente de la SSA. Para analizar los efectos de este cambio, en esta sección examinamos las compras realizadas en dos periodos, de 2016-2018 bajo el viejo esquema en que el CNEGSR realizaba las compras directamente, y de 2019-2021 bajo el nuevo marco de compras. Nos centramos en: a) los proveedores de medicamentos para SSyR, b) los mecanismos por los que se compraron. De igual forma, se hace un análisis de la evolución de los precios de los medicamentos de SSyR a nivel federal entre 2016 y 2020. (Ver Tabla 4 y Gráfica 3).

3.3.1 Compras del CNEGSR en 2016-2018

a) Proveedores

En 2016-2018, el CNEGSR compró medicamentos y productos farmacéuticos por más de 2 mil 137 millones de pesos.[17] Bajo el esquema de compras de ese momento, dos de las empresas distribuidoras obtuvieron los mayores contratos, ya que tenían la capacidad logística y financiera para vender y para distribuir los medicamentos. Como se muestra en la siguiente tabla, las compras se concentraron en tres empresas distribuidoras. Grufesa concentró 78% de las compras, por un monto de más de 1, 661 millones de pesos, seguida de Farmacéuticos Maypo con 12% y Farmacéutica Althos con 4%. Como se

17 Pesos constantes de 2021.

señaló antes, Grufesa y Farmacéuticos Maypo eran también las principales proveedoras del gobierno federal y de las entidades.

Tabla 4. Principales proveedores del CNEGSR 2016-2018

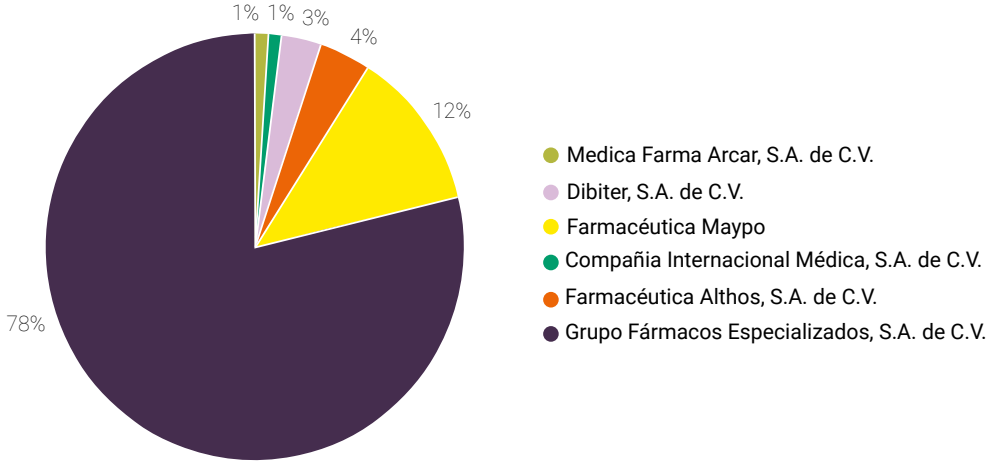
(Precios constantes de 2021)

Proveedor	Monto pagado acumulado 2016-2018 (pesos)	Monto pagado %
Grufesa	1,661,800,199.77	78%
Farmacéuticos Maypo	263,909,407.5	12%
Farmacéutica Althos	89,602,944.23	4%
Dibiter total	70,116,619.32	3%
Medica Farma Arcar, S.A. de C.V.	25,398,116.53	1%
Compañía Internacional Médica, S.A. de C.V.	22,756,599.53	1%
Servicios de Distribución y Logística Farmacéutica, S.A. de C.V.	1,744,229.38	0.08
Ralca S.A. de C.V.	1,345,336.73	0.06
Fármacos y recursos materiales especializados, S.A. de C.V.	701,371.96	0.03
Total 2016-2018	**2,137,374,824.92**	**100%**

Fuente. Elaboración propia con datos obtenidos del CNEGSR por solicitudes de información. Pesos constantes de 2021.

Gráfica 3. % del monto adquirido por el CNEGSR por proveedor en medicamentos 2016-2018

(Precios constantes de 2021)



* Solo se incluyen en la gráfica aquellos proveedores que surtieron al menos el 1% del total de la compra

Fuente. Elaboración propia con solicitudes de acceso a información al CNEGSR.

b) Mecanismo de asignación de contratos

El marco legal de adquisiciones públicas en México contempla tres mecanismos para declarar que un proveedor ha ganado un contrato para abastecer un bien o dar un servicio al gobierno (Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público, artículo 26):

1) La licitación pública es el procedimiento en el cual se inscribe la mayor cantidad de proveedores y quien obtiene el contrato es el que ofrezca mejores condiciones de precio y calidad y cumpla con los requisitos o especificaciones técnicas señaladas en la licitación.

2) La invitación a cuando menos tres empresas, en cuyo caso la dependencia hace una invitación explícita a tres proveedores que cuentan con las capacidades para proveer el bien o servicio.

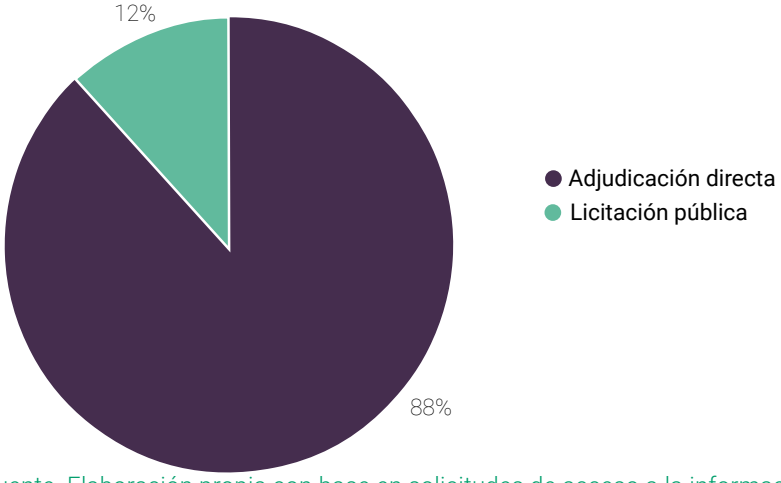
3) La adjudicación directa, en donde directamente se da un contrato a un proveedor específico, lo que se justifica con base en ciertas excepciones de ley.

Aunque la ley contempla estos supuestos de compra, la licitación pública debe ser el mecanismo preferido de contratación de bienes y servicios porque asegura una mayor competitividad y mejores condiciones para el Estado en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias (CPEUM, artículo 134). Sin embargo, en el caso de medicamentos o productos farmacéuticos puede realizarse una adjudicación directa si un producto todavía tiene patente, es de fuente única, tiene derechos exclusivos o si la compra se está realizando de forma emergente, pero con la condición de que las instituciones justifiquen de forma amplia y transparente por qué eligen una adjudicación directa y por qué ésta asegura las mejores condiciones para el Estado, con el fin de reducir los riesgos de corrupción.

Además, estudios sobre los mecanismos de compras públicas en México han identificado que el uso predominante de procesos de contratación mediante adjudicaciones directas o invitaciones a tres también generan riesgos de corrupción (Avedaño y Santana, 2021,). No obstante, en el gobierno federal se ha dado un uso desmedido de las adjudicaciones directas. De acuerdo con el Instituto Mexicano para la Competitividad, tanto en el último año de gobierno de EPN como en el primero de AMLO, el porcentaje de contratos federales por adjudicación directa superó el 80% (IMCO, 2020), generando riesgos de corrupción.

En el periodo 2016-2018, la adjudicación directa fue el mecanismo más usado por el CNEGSR para otorgar contratos: 61% se dieron por este método y 39% por licitación pública. Si se analiza por monto, la cifra de adjudicación directa aumenta a 88% y solo el 12% corresponde a licitación pública. (Ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Mecanismo de contratación del CNEGSR de los medicamentos de SSyR en 2016-2018 por monto de los contratos



Fuente. Elaboración propia con base en solicitudes de acceso a la información hechas al CNEGSR, cifras en pesos constantes de 2021.

3.3.2 Compras del CNEGSR en 2019-2020

A partir de 2019, con la transición a un nuevo esquema de compras, el CNEGSR dejó de realizar los procesos de contratación de forma directa y pasó a ser un área requirente. En 2019, con el nuevo modelo, se realizó una doble licitación, contratando a una empresa para abastecer el medicamento y a otra para entregarlo. Por ello, en 2019, al precio de cada medicamento se le sumaba el costo de su distribución que variaba según la zona en donde se entregara. En 2020, se volvió al esquema anterior en que la empresa ganadora vendía el medicamento y se encargaba también de su distribución, por lo que, para ese año, el precio de los medicamentos ya consideraba o incluía de nuevo el costo de distribución.[18]

a) Proveedores

Como puede observarse en la Tabla 5, el cambio de modelo de compras implementado a partir de 2019 sí transformó el mapa de proveedores de medicamentos para SSyR. Los tres principales proveedores para 2019 y 2020 fueron los laboratorios Merck Sharp & Dohme Comercializadora, Bayer de México y Janssen-Cilag de México (Grufesa y Farmacéuticos Maypo ya no figuraron en los contratos). Si bien el mapa de proveedores sí se diversificó, el análisis muestra que el mercado siguió concentrado y que el gobierno usó y hasta potenció la figura de la adjudicación directa, que genera riesgos de corrupción.

18 Como ya se ha dicho, 2021 no se pudo analizar porque el CNEGSR no reportó compras ni dio información sobre qué instancia las llevó a cabo. Solicitud de información 331001922000014 hecha al CNEGSR.

En términos de proveedores, en el periodo 2019-2020 un solo proveedor, Merck Sharp & Dohme Comercializadora (MSDC), surtió 64% de los medicamentos. Además, el porcentaje de los dos principales proveedores, MSDC y Bayer de México, suma 85%, lo que es una concentración importante y era lo que se buscaba evitar con el cambio de modelo. (Ver Gráfica 6).

Tabla 5. Principales proveedores del CNEGSR 2019-2020

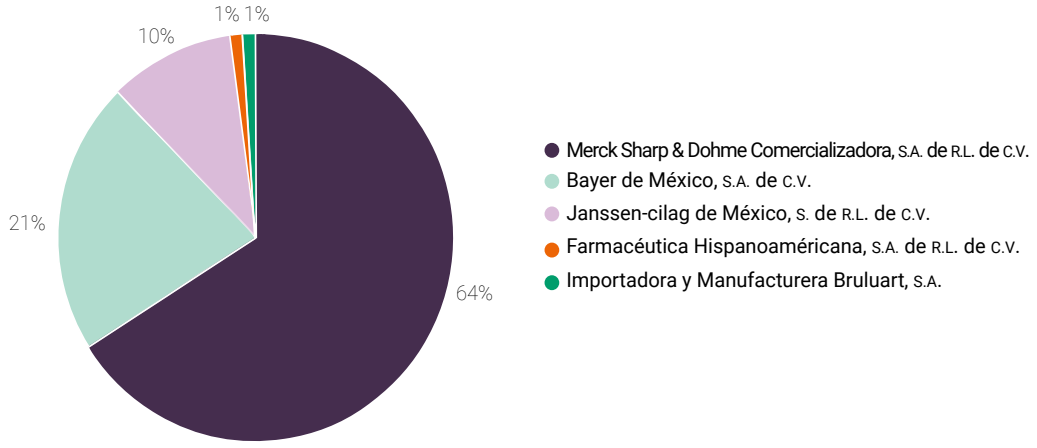
(Precios constantes de 2021)

Proveedor	Monto pagado acumulado 2019-2020 (pesos)	Monto pagado %
Merck Sharp & Dohme Comercializadora, S.A de R.L. de C.V.	1,019,903,960	64%
Bayer de México S.A. de C.V.	343,567,251.39	21%
Janssen-Cilag de México, S. de R.L. de C.V.	157,200,302.94	10%
Farmacéutica Hispanoamericana, S.A. de C.V.	17,920,077.46	1%
Importadora y Manufacturera Bruluart, S.A.	17,112,204.79	1%
Productos Científicos, S.A. de C.V	12,879,716.52	0.8%
Laboratorios Vanquish, S.A. de C.V.	9,767,971.23	0.6%
Gilead Sciences México, S. de R.L. de C.V.	9,146,099.12	0.6%
Landsteiner Scientific, S.A. de C.V	5,671,470.15	0.3%
Glaxo Smith Kline México, S.A. de C.V	3,049,075.79	0.2%
Abbvie Farmaceúticos, S.A. de C.V	1,870,470.73	0.1%
Investigación Farmacéutica, S.A. de C.V	788,509.15	0.04%
Ultra Laboratorios, S.A. de C.V	504,097.68	0.03%
Dkt de México, S.A. de C.V	176,806.11	0.01%
Total	1,599,558,012.98	

Fuente. Elaboración propia con base en solicitudes de información al CNEGSR, precios constantes de 2021.

Gráfica 5. Porcentaje del monto adquirido por el CNEGSR en medicamentos 2019-2020

(Precios constantes de 2021*)



Fuente. Elaboración propia con solicitudes de acceso a la información hechas al CNEGSR, cifras a precios constantes de 2021.

* Solo se incluyen las empresas que vendieron al menos el 1% del monto total ventas.

¿Quiénes son las principales empresas que venden ahora medicamentos para SSyR?

Los tres principales proveedores de medicamentos para SSyR en 2019 y 2020 fueron Merck Sharp & Dohme Comercializadora con 64%, Bayer de México con 21%, y Janssen-Cilag de México con 10%. A continuación, presentamos algunos antecedentes y características de estas empresas.

Merck Sharp & Dohme (MSD)

MSD es una farmacéutica internacional que desarrolla, manufactura y vende medicamentos para distintos tipos de enfermedades, así como vacunas, terapias biológicas, y productos para el consumo humano y uso animal (Pérez Zazueta, 2013, p. 9). Creada por G. Merck en 1891 en Estados Unidos de América (EUA), durante sus primeras seis décadas desarrolló importantes medicamentos como la síntesis de la vitamina B1, el antibiótico estreptomicina o la cortisona. En 1953, la empresa se asoció con Sharp & Dohme, que tenía presencia internacional y experiencia en el desarrollo farmacéutico. Desde entonces, MSD creció en el ámbito internacional, desarrollando fármacos innovadores y vacunas. Por ejemplo, creó dos hipertensivos, clorotiazida y enalapril, que son parte de la lista de medicamentos esenciales de la OMS, así como vacunas para la hepatitis B o el VPH. En 2009, MSD y Schering-Plough se fusionaron, convirtiéndose en la segunda empresa farmacéutica en EUA (MSD, 2022).

MSD tiene presencia en más de 150 países. En 2011, la empresa tuvo ventas globales por más de 47 mil millones de dólares y en 2012 estaba entre las 10 principales farmacéuticas a nivel mundial. En México cuenta

con dos plantas. En 2011, lideraba el grupo de las 10 empresas farmacéuticas con mayores ventas en México (Zazueta, 2013).

En nuestro país, Merck Sharp & Dhome tiene registradas al menos dos empresas, Merck Sharp & Dome de México S.A. de C.V. y Merck Sharp & Dohme Comercializadora S. de R.L. de C.V. (MSDC). En conjunto, ambas obtuvieron condonaciones fiscales por más de mil millones de pesos (pesos de 2019) en el sexenio de EPN. Según el portal QuiénEsQuiénWiki, entre 2008 y 2021, MSDC tuvo 271 contratos federales por un monto superior a los 5 mil 809 millones de pesos. Más del 70% de este monto corresponde al periodo 2019-2021, lo que muestra que la participación de MSDC en contratos públicos ha crecido de manera muy importante (Poder, 2022) a raíz del cambio en el modelo de compras.

Bayer de México S.A. de C.V.

Bayer es una empresa alemana, creada en 1921, que produce tratamientos cardiovasculares, oncológicos, oftalmológicos, para salud femenina y enfermedades sanguíneas (Pérez Zazueta G., 2013, pp. 9 y 17). También ha incursionado en el mercado de la agricultura e incluso adquirió en 2018 la polémica empresa Monsanto, productora de glifosato. La compañía tiene tres pilares: la tecnología agrícola que representa 50% de sus ingresos, la farmacéutica —enfocada en desarrollar medicamentos innovadores— con 27%, y la venta de productos de consumo general —es decir, que no requieran receta, como insecticidas o aspirina— con 23% (Coronado, 2021 y Bayer, 2022).

Bayer tiene subsidiarias en diversas regiones del mundo. En México cuenta con ocho lugares de producción (Bayer, 2022, *Quiénes somos*). En 2011, tuvo ventas anuales por más de 26 mil millones de dólares. En el periodo 2018-2021, Bayer Pharma, la parte de la empresa encargada del sector farmacéutico pasó del décimo al sexto lugar en el ranking farmacéutico nacional (Ramírez Coronado, 2021). En términos de contratos públicos federales, el portal QuiénEsQuiénWiki reporta que, entre 2002 y 2021, Bayer de México obtuvo 497, por cerca de 3 mil 500 millones de pesos (Poder, 2022).

En 2021, Bayer tuvo al menos dos enfrentamientos legales con el actual gobierno federal. En junio, se amparó contra la reforma a la Ley de Adquisiciones que permitió la compra de medicinas con organismos internacionales como la UNOPS. Sin embargo, la suspensión de este acto, en lo que se resolvía el amparo, no le fue concedida (Redacción El Sol de México, 23 de junio de 2021). En abril del mismo año, Bayer ganó un amparo provisional contra la prohibición del uso de glifosato por parte del gobierno mexicano, pues es uno de los herbicidas que comercializa. De acuerdo con el gobierno, dicho herbicida es nocivo y ha sido prohibido en países como Francia, Australia, Inglaterra, Alemania, Suiza y Colombia (Expansión, 2021). Además, Bayer enfrenta innumerables juicios en EUA por daños a la salud humana por el glifosato, lo que ha provocado fuertes cuestionamientos acerca de su responsabilidad social.

Janssen-Cilag de México, S. de R.L. de C.V.

Johnson & Johnson es una empresa estadounidense fundada en 1886, que tiene tres líneas de venta: productos de cuidado personal, dispositivos médicos y de diagnóstico y farmacéutica (Johnson & Johnson, 2022). Esta última la desarrolla a través de Janssen-Cilag. En México, Janssen-Cilag inició operaciones en 1978 para desarrollar y comercializar medicamentos innovadores en áreas como VIH, hepatitis, cáncer,

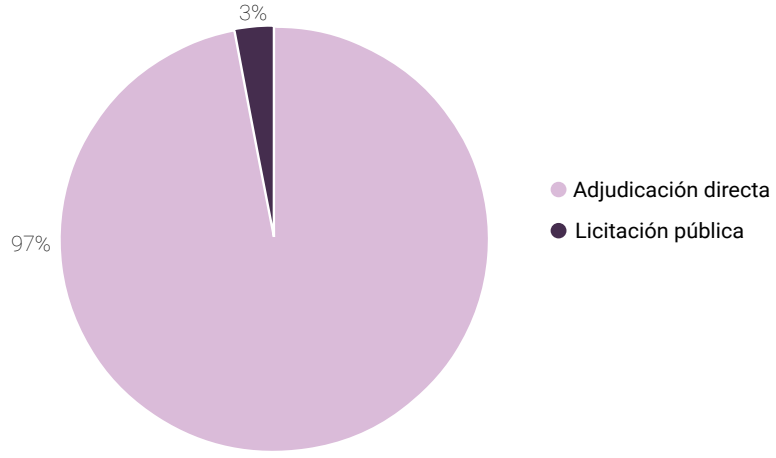
artritis y enfermedades mentales. Janssen-Cilag tiene presencia en 150 países y ocupa el octavo lugar en el mercado farmacéutico nacional (Janssen, 2022). En términos de contratos públicos federales, el portal QuiénEsQuiénWiki reporta que, entre 2019 y 2021, Janssen-Cilag obtuvo 70 contratos, por cerca de 2 mil 600 millones de pesos (Poder, 2022). En la licitación de medicamentos de 2021 y 2022 para el sector público, Janssen-Cilag fue la empresa que obtuvo el mayor porcentaje por adjudicación directa, con el 6.1% del total de compras (Rodríguez, 2021).

b) Mecanismo de contratación

En el periodo 2019-2020, pese al cambio de modelo de compras, del número total de contratos, 80% se sigue asignando por adjudicación directa y 20% por licitación pública. Esto representa un aumento significativo respecto al periodo 2016-2018 en que el porcentaje otorgado por adjudicación directa alcanzó un preocupante 61%.

Por otra parte, cuando tomamos en cuenta el monto total de las compras, detectamos que en 2019-2020, 97% se contrató por adjudicación directa, en contraste con 88% en el periodo 2016-2018. Si bien en el caso de los medicamentos, las adjudicaciones directas pueden justificarse por cuestiones de patentes, fuente única o derechos exclusivos, aquí llama la atención que el uso de la adjudicación directa haya aumentado en 2019-2020. Por tanto, si bien este nuevo modelo ha permitido la entrada de nuevos competidores, persiste la concentración del mercado y el uso de la adjudicación directa, que incluso ha aumentado, lo cual genera riesgos de corrupción.

Gráfica 6. Mecanismo de contratación de medicamentos de SSyR 2019-2020 por monto de los contratos



Fuente. Elaboración propia con base en solicitudes de acceso a la información hechas al CNEGSR.

3.3.3 Precios de los medicamentos comprados a nivel federal 2016-2020

Nuestro análisis arrojó que el cambio en el modelo de compras implementado por el gobierno federal sí logró una reducción de precios. Para ejemplificar esto, en la siguiente tabla se muestra una lista de algunos medicamentos adquiridos a nivel federal para los PAE de SSyR en el periodo 2016-2020. Dichos medicamentos incluyen ya el efecto de la inflación y están en pesos constantes de 2021. Es importante mencionar que, para 2019, no fue posible determinar el precio final de cada medicamento, pues al precio de compra para ese año debe sumarse el costo de su distribución,[19] que osciló entre 0 y 3 pesos y varió por región a donde se envió cada medicamento. Por ello, el precio aquí reportado podría tener una variación al alza de máximo 3 pesos para ese año.

Centrándonos en la Tabla 6, podemos observar que, a partir de 2019, cuando se eliminó a las empresas distribuidoras y se compró directamente con farmacéuticas que tuvieran el registro sanitario de los medicamentos, hubo una reducción de precios que, según el medicamento, ronda entre el 18% y el 224%. Resalta que los años en que el medicamento se compró al menor precio fue, en todos los casos, en 2019 o 2020. Algunas de las estrategias mediante las cuales se lograron ahorros en la compra centralizada, según datos oficiales, fueron que el gobierno modificó la legislación para permitir la compra consolidada con proveedores internacionales, se realizaron contratos plurianuales para los antirretrovirales para reducir su precio, destacando justamente el ahorro en la emtricitabina (incluida en esta tabla);[20] se realizaron mesas para las adjudicaciones de medicamentos de planificación familiar que fueran de patente.

19 Los costos de distribución para 2019 por zonas geográficas fueron: norte $2.39, pacífico 0 y $3, golfo $1.66, centro $1.03, sureste $1.61, y sur $ 1.79.

20 De acuerdo con la organización Poder, según los tabuladores internacionales, México es el país que más caros compra los antirretrovirales en la región. En 2017-2019, México los adquirió con un sobrecosto promedio de 73% respecto a los precios de referencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La combinación de Emtricitabina, Efavirenz y Tenofovir se compró a un precio 10 veces más caro en nuestro país que en Guatemala. En total se gastaron 92 millones de dólares cuando pudo haberse adquirido por menos de 9 millones de dólares (De León, D., 2020, Vivir con VIH: Compras antirretrovirales en América Latina. Casos de Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Guatemala, México y Perú 2017-2019, Poder-Hivos, pp. 30-34)

Tabla 6. Lista de precios de algunos medicamentos de SSyR adquiridos a nivel federal en 2016-2020

(Pesos constantes de 2021)

Nombre medicamento	PAE	Precio 2016 y proveedor+	Precio 2017 y proveedor	Precio 2018 y proveedor	Precio unitario 2019 y proveedor*	Precio unitario 2020 y proveedor	Porcentaje de sobrecosto entre el mayor y menor precio
Lamivudina. Solución. Envase con 240 ml y dosificador.	PyAV	1093 Grufesa	1027 Ralca	1035 Ralca	984* Glaxo Smith Kline México	930 Glaxo Smith Kline México	18%
Abacavir Solución Envase de 240 ml	PyAV	NA	711 Grufesa	669 Farmacéuticos Maypo	639* Glaxo Smith Kline México	603 Glaxo Smith Kline México	18%
Lopinavir + Ritonavir solución. envase de 160 ml	PyAV	2243 Farmacéuticos Maypo	2107 Farmacéuticos Maypo	1984 Farmacéuticos Maypo	1894* Abbvie Farmacéuticos	1791 Abbvie Farmacéuticos	25%
Etonogestrel implante. Envase con un implante y aplicador	PyAV	1503 Grufesa	1413 Grufesa	1330 Grufesa	1257* Merck Sharp & Dohme Comercializadora	1189 Merck Sharp & Dohme Comercializadora	26%
Levonorgestrel polvo. Envase con un dispositivo	PyAV	2287 Grufesa	2128 Grufesa	2003 Grufesa	1911* Bayer de México	1808 Bayer de México	26%
Noretisterona Solución Inyectable Oleosa Envase con una ampolleta de 1 ml	PyAV	41 Grufesa	39 Grufesa	31 Grufesa	32* Bayer de México	30 Bayer de México	37%
Mifepristona 200mg. Envase con 1 tableta	PyAV/ SMyP	NA	1045 Farmacéutica Althos	955 Farmacéutica Althos	NA	709 DKT de México	47%
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxilo, tableta. Envase con 30 tabletas	PyAV	NA	2867 Farmacéuticos Maypo	2670 Farmacéuticos Maypo	884 * Landsteiner Scientific	NA	224%

Fuente. Elaboración propia con base en solicitudes de acceso a información pública hechas al CNEGSR

\+ Todos los precios están en pesos.

* Como se señaló, al precio reflejado en esta tabla para 2019 debe sumarse el costo de distribución de los medicamentos, que varió entre 0 y 3 pesos más, según la región geográfica a donde se envió. Por ello, el aumento máximo que podrían tener los precios de los medicamentos incluidos en esta tabla para 2019 es de 3 pesos.

Aunque, en principio, estos ahorros son positivos, destacamos que el no poder conocer el precio final de cada medicamento para 2019 y no contar con la información de las compras para 2021 genera un problema de rendición de cuentas y transparencia. Los cambios en los modelos de compras y en las estrategias para el ahorro, en ningún caso, deben implicar menos información disponible para la ciudadanía, máxime cuando se trata de medicamentos que son necesarios para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

4. LAS COMPRAS EN LOS ESTADOS: ¿FALTA DE RECTORÍA Y RENDICIÓN DE CUENTAS?

En esta sección esbozamos algunas características de los esquemas de compras en las entidades federativas y, posteriormente, profundizamos en el análisis de las compras de seis medicamentos —dos para cada componente de SSyR— que, a manera de ejemplos, servirán para visibilizar los desafíos que se enfrentan en la materia.

Para analizar las compras de medicamentos en los estados, inicialmente, realizamos solicitudes de acceso a la información a los servicios de salud estatales, Secretarías de Salud, Secretarías de Finanzas, etc. de las 32 entidades federativas.[21] En específico, les pedimos información sobre las compras de medicamentos de SSyR realizadas en 2016-2018. Solo 18 estados (56%) nos entregaron la información solicitada (y no siempre en datos abiertos como se pidió); 9 entidades (28%) nos dieron información parcial, pues no especificaron el PAE o componente de SSyR al que correspondía la compra, los montos, las partidas, o las empresas contratadas, lo que nos impidió poder analizar los datos o establecer comparaciones con otros estados. Finalmente, 5 entidades (16%) no nos dieron ninguna información solicitada, argumentando que eran incompetentes o no realizaban compras, aun cuando en el SIAFFASPE sí reportaron compras con recursos del Ramo 33. Resaltamos que aquellas entidades que sí respondieron nuestras solicitudes reportaron la información de forma disímil, lo que no nos permitió analizarla en conjunto. Esto refleja que los

21 La pregunta que les realizamos fue "Solicito conocer en versión pública y formatos abiertos el listado de las empresas o personas físicas con las que esta dependencia adquirió medicamentos y productos farmacéuticos para los siguientes programas de acción específicos 1) Salud sexual y reproductiva para adolescentes, 2) Salud materna y perinatal, 3) Prevención y control del cáncer de la mujer, 4) Igualdad de género en salud, 5) Prevención y atención de la violencia, y 6) Planificación familiar y anticoncepción, en los años 2016, 2017, 2018 y 2019, desglosado la información por año, por tipo de mecanismo de contratación (licitación pública, invitación a cuando menos tres personas o adjudicación directa), por programa de acción específico, por fuente de financiamiento para el pago (federal, estatal, ramo, etc.), por monto pagado a cada una de estas empresas contratadas e incluyendo el nombre y número de medicamentos que se adquirieron con cada empresa. No omito señalar que esta entidad cuenta con facultades para adquirir medicamentos y productos farmacéuticos."

estados no han adoptado o no conocen las categorías de gasto que la propia herramienta del SIAFFASPE establece, lo que es preocupante pues es el sistema que desde hace más de una década usan las entidades para reportar el ejercicio del gasto a la federación. (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Estatus de respuesta de entidades sobre compras de medicamentos en 2016-2018

Status información solicitada	Entidades
Entregada	Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Veracruz,
Parcialmente entregada	Ciudad de México, Chiapas, Coahuila, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Tlaxcala, Yucatán, Zacatecas
No entregada	Campeche, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Tabasco,

Ante este escenario, decidimos acotar el análisis de las compras de los estados tomando como base la información contenida en el SIAFFASPE, que nos proporcionó el CNEGSR por solicitudes de acceso a la información.[22] El SIAFFASPE nos permitió conocer y comparar las cantidades adquiridas por los estados y los precios pagados para seis medicamentos y nos sirvió para evaluar el grado de transparencia y rendición de cuentas de las compras estatales y detectar si hay variaciones en los precios del mismo medicamento entre entidades.

Para tener un punto de referencia y saber si los precios pagados por las entidades son razonables, utilizamos tres parámetros, cuando estuvieron disponibles: 1) una comparativa de los precios pagados entre las 32 entidades por el mismo medicamento; 2) el precio promedio en que alguna dependencia federal adquirió cierto bien en un año en particular, según lo reportado en la herramienta QuiénEsQuién.Wiki, elaborada por la organización Poder; y 3) el precio en que fue adquirido dicho medicamento por alguna instancia federal como el CNEGSR o el IMSS.

Es importante señalar que, para poder comparar los precios de los medicamentos entre años y considerar los efectos de la inflación, todas las cifras se convirtieron a pesos de 2021, con un deflactor que se construyó a partir de la categoría de "06.1.1 Productos farmacéuticos", del Índice Nacional de Precios al Consumidor publicado por el INEGI. Dicho índice puede consultarse como anexo.

22 La versión pública que nos fue proporcionada del SIAFFASPE no incluye datos respecto a las empresas con las que se adquiere ni el mecanismo de contratación usado.

4.1 HALLAZGOS ACERCA DE LAS COMPRAS DE LOS ESTADOS

El análisis comparado de los seis medicamentos adquiridos por las entidades arrojó los siguientes hallazgos:

1) Detectamos que muchos de estados no señalan el número exacto de piezas compradas, como exige el SIAFFASPE, sino que solo señalan que se adquirió "un tanto de" o "cajas de". Esto impide conocer el número total de piezas adquiridas y su precio unitario, lo que no permite determinar si los precios fueron razonables o si la cantidad de medicamentos puede satisfacer la demanda requerida. Estas imprecisiones pueden llevar a conclusiones erróneas: por ejemplo, para uno de los implantes subdérmicos adquiridos, el etonogestrel, el precio unitario reportado en el SIAFFASPE fue de más de 900,000 pesos por 1 pieza.

2) Respecto a los precios, encontramos que los estados compran medicamentos a precios muy diferentes y/o con sobrecostos respecto al precio pagado por otra entidad federativa, el CNEGSR o el IMSS. Si bien los porcentajes de sobrecostos varían, en casos extremos fueron de hasta 900%.

3) Encontramos que, en algunos casos, el precio de adquisición en todas las entidades es el mismo, si se adquirieron por el Ramo 12 o el Anexo IV, y una posible hipótesis es que todos lo adquirieron con el mismo proveedor. No obstante, sin la información específica no es posible comprobar dicha hipótesis.[23]

4) Observamos que el número total piezas adquiridas por las entidades federativas varía mucho entre años. A veces, la cantidad disminuye de manera drástica de un año al otro, sin que estas disminuciones parezcan tener relación con la demanda de años anteriores. Por ejemplo, en el caso de la mifepristona y el misoprostol, resulta preocupante la disminución en el número de piezas compradas, en un contexto en que la violencia sexual hacia las mujeres va en aumento y en el que la interrupción legal del embarazo antes de las 12 semanas se ha aprobado en nueve entidades.

23 El SIAFFASPE que nos fue proporcionado no incluye los nombres de los proveedores con que se adquirieron los medicamentos, lo que dificulta comprobar nuestra hipótesis.

4.2 LA RENDICIÓN DE CUENTAS Y LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN EN LAS COMPRAS DE MEDICAMENTOS ESTATALES

4.2.1 Violencia de género: mifepristona y misoprostol

Dentro del PAE o componente de violencia de género se adquieren medicamentos que son necesarios para realizar la interrupción del embarazo a mujeres que han sido víctimas de violencia sexual. El misoprostol y la mifepristona son dos medicamentos avalados por la OMS para realizar un aborto seguro y están en su lista de medicamentos esenciales para SSyR. El primero por sí solo o en combinación con el segundo, ofrece la posibilidad de interrumpir el embarazo de forma segura y sin necesidad de recurrir a un procedimiento quirúrgico (Ipas, 2019).

Mifepristona

Desde su descubrimiento en los años ochenta en Francia, el uso de mifepristona se ha extendido en varios países (Simó Martínez RM, 1999, p. 70). En las primeras semanas de gestación, la combinación de misoprostol y mifepristona ofrece una efectividad de más de 95% para terminar con un embarazo de forma segura mediante la ingesta de medicamentos (Ipas, 2020). Para ello, suele bastar una tableta de mifepristona, seguida unos días después por algunas de misoprostol.

En el periodo 2016-2021, 31 entidades federativas compraron con recursos del Ramo 12 y del Ramo 33 un total de 852 cajas de mifepristona de 200mg en envase de una tableta.[24] El precio promedio al que los estados adquirieron cada caja en el periodo 2016-2021 fue de alrededor de 1,678 pesos.[25] Para poner en perspectiva este precio, en 2020, dentro de una compra consolidada, el gobierno federal adquirió el mismo medicamento en solo 709 pesos por caja.[26] Por tanto, en 2016-2021 las entidades lo adquirieron con un sobrecosto de 137% respecto del precio de 2020 del gobierno federal.

24 La única entidad que no reportó haber realizado compras de mifepristona en el SIAFFASPE en 2016-2021 fue Sinaloa.

25 Los precios promedio que se utilizan en esta sección se calcularon sumando todos los precios a los que se adquirió el medicamento, suma dividida entre el número de compras que reportaron los estados en ese periodo en el SIAFFASPE.

26 Precios constantes de 2021.

Tabla8. Mifepristona 200mg envase de una tableta

(Precios constantes de 2021)

Precio promedio 2016-2021 en entidades federativas SIAFFASPE	Precio adquirido por el CNEGSR 2020	Sobrecosto del precio promedio de las entidades 2016-2021 respecto al precio adquirido por la federación en 2020
$1678	$709	+%137

Fuente. Elaboración propia a partir de información contenida en el SIAFFASPE, proporcionada por acceso a la información como respuesta a las solicitudes de acceso a la información con folio número 331001921000066, 331001921000072; y de solicitudes de acceso a información hechas al CNEGSR, folios 1200200008521 y 1200200021321.

La Tabla 9 presenta un comparativo por año con cinco datos que ilustran cómo se realizan las compras en las entidades. Como se observa, las distintas entidades compran el mismo medicamento a precios muy disímiles. Además, en general, el precio promedio anual de los estados es muy alto en comparación con el precio de 709 pesos pagado por el gobierno federal en 2020.

Tabla 9.Comparativo de precios de mifepristona en 2016-2021 por entidades federativas Mifepristona 200mg envase de una tableta

(Precios constantes de 2021)

Año	Número de entidades que la adquirieron ese año	Total de compras reportadas por los estados	Total de piezas compradas	Precio promedio en que fue adquirido por entidades ese año	Precio más bajo y entidad en que fue adquirido en ese año	Precio más alto y entidad en que fue adquirido en ese año	Porcentaje de sobrecosto*
2016	1	2	3	$1,092	Colima **$340**	Colima **$1,844**	+442%
2017	20	20	185	$2,399	Nayarit **$1,229**	Colima **$2,476**	+105%
2018	23	25	184	$2,261	Baja California Sur **$960**	23 entidades **$2,315**	+141%
2019	29	30	255	$2,150	Aguascalientes **$773**	27 entidades **$2,209**	+186%
2020	2	2	24	$1,463	Aguascalientes **$836**	Veracruz **$2,090**	+109%
2021	4	5	201	$703	Querétaro **$375**	Sonora **$973**	+159%
			Total cajas compradas 2016-2021: 852				

Fuente. Elaboración propia a partir de información contenida en la plataforma SIAFFASPE 2016-2021 Ramo 12, Ramo33 y 2016-2020 Anexo IV, proporcionada por acceso a la información. Solicitudes con folio número 331001921000066, 331001921000072

* Diferencia entre el precio más bajo y el más alto al que se compró el medicamento en el mismo año.

Si tomamos algunos ejemplos de la tabla podemos observar diferencias importantes en los precios en que se adquirió la mifepristona y en las cantidades compradas:

- En 2016, Colima compró el mismo producto en $340 y en $1,844, sin que pueda explicarse la diferencia tan grande de precio.
- En el periodo 2017-2021, la diferencia de precio entre la entidad que lo adquirió más barato y la más pagó, es de más de 100%, lo que revela sobrecostos recurrentes.
- En 2021, el precio promedio en que se adquirió la mifepristona bajó de manera considerable respecto a años anteriores.
- En algunos años, la compra de mifepristona disminuyó drásticamente sin que se conozcan las razones para ello, lo que además se da en un contexto en que la violencia sexual contra las mujeres es recurrente en México. En 2020, el número de piezas adquiridas disminuyó 90% respecto a 2019.

Misoprostol

El misoprostol forma parte del Compendio Nacional de Insumos para la Salud. Se utiliza para diversos padecimientos, incluido el tratamiento para interrumpir el embarazo, en donde ofrece una alternativa segura y accesible para las mujeres. Como está incluido en el Compendio, las instituciones de salud en el país están obligadas a tenerlo disponible para las mujeres en estados donde es legal la interrupción voluntaria del embarazo antes de las 12 semanas o para las mujeres que hayan sido víctimas de un episodio de violencia sexual.

Entre 2016 y 2021, se adquirieron 4,970 cajas de misoprostol, un promedio de 828 cajas al año. En 2017 se compró menos del 50% del promedio anual (470 cajas) y en 2020 se compraron 1,800 cajas, el mayor número En 2016 y 2017, el misoprostol se adquirió exclusivamente con recursos del Ramo 12, mientras que para 2018 se destinaron también recursos del Ramo 33 y en 2020 se adquirió casi exclusivamente con recursos del Anexo IV.

Las entidades que más cajas de misoprostol compraron entre 2016 y 2021 fueron Michoacán (1,521), Chiapas (664), Jalisco (300), Veracruz (303), CdMx (122), Estado de México (214) y Querétaro (212). Las entidades que menos compraron fueron Hidalgo (6), Nayarit (11), Nuevo León (11), Puebla (8), Sonora (13), Tlaxcala (14) y Yucatán (14). Para el 2021, no fue posible dar seguimiento a la compra de misoprostol, debido a que no se obtuvo información del Anexo IV.

Las entidades federativas adquieren el misoprostol en distintas presentaciones: de 4, 8, 12 o 28 pastillas. Con el propósito de hacer un análisis comparativo en relación con el precio al que éste fue adquirido, la

Tabla 10 incluye información respecto a las entidades que lo adquirieron en presentación de 12 pastillas.

Tabla 10. Misoprostol presentación de 12 pastillas comparativo de precios entre entidades 2016-2021

Año	Número de entidades que lo adquirieron ese año	Total de compras reportadas por los estados	Total de piezas compradas	Precio promedio en que fue adquirido por entidades ese año	Precio más bajo y entidad en que fue adquirido en ese año	Precio más alto y entidad en que fue adquirido en ese año	Porcentaje de sobrecosto*
2016	28	28	946	$1,078	Chihuahua **$231**	Baja California Sur **$916**	+297%
2017	22	22	470	$ 775	Zacatecas **$553**	Colima **$1159**	+110%
2018	27	28	737	$683	Morelos **$689**	Nuevo León **$926**	+34%
2019	27	28	815	$662	Morelos **$652**	27 entidades compraron **$663**	+2%
2020	8	10	1,766	$648	Veracruz **$618**	Aguascalientes **$732**	+18%
2021			Solo Querétaro lo adquirió a un precio de $600 pesos con recursos del Ramo 33				
			Total de piezas compradas 2016-2021= 4,970				

Fuente. Elaboración propia a partir de información contenida en la plataforma SIAFFASPE 2016-2021 Ramo 12, Ramo33 y 2016-2020 Anexo IV, folios 331001921000066, 331001921000072

* Diferencia entre el precio más bajo y el más alto al que se compró el medicamento en el mismo año.

De esta tabla resaltamos los siguientes datos:

- En 2016, Baja California Sur adquirió 297% más caro el misoprostol que Chihuahua. No se explica la diferencia de precio, considerando que, si bien el costo del insumo incluía el traslado hasta la unidad médica de destino, ambas entidades se ubican en el norte del país. Lo mismo sucedió en 2017, cuando Colima compró 110% más caro que Zacatecas.
- Morelos es la entidad que compró a menor precio en 2018 y 2019.
- En 2020 se observa un cambio en el comportamiento en las compras, ya que solo el 36% de las entidades (10) adquirieron misoprostol y lo reportaron en el SIAFFASPE; sin embargo, fue el año en que más cajas se compraron. Como ya lo señalamos, en 2020 se reestructuraron los PAE de Salud Sexual y Reproductiva y se incluyó un componente de aborto seguro, que de alguna forma debería haber contribuido a asegurar que todas o la mayoría de las entidades presupuestaran y compraran misoprostol por todas o la mayoría de las entidades. En 2021 no fue posible dar seguimiento a las compras de misoprostol, debido a que no fue proporcionada

la información del SIAFFASPE sobre los recursos ejercidos para tal fin en el Anexo IV, a cargo del INSABI, que en 2020 fue la principal fuente de financiamiento.

4.2.2 Planificación familiar y anticoncepción: etonogestrel y levonorgestrel

Para el PAE o componente de planificación familiar y anticoncepción se adquieren métodos o dispositivos anticonceptivos, como el etonogestrel y el levonorgestrel, ambos implantes para mujeres.

Etonogestrel implante

Es un implante subdérmico colocado en el brazo de la mujer que libera etonogestrel continuamente. Es un método anticonceptivo eficaz, de fácil colocación, que dura hasta tres años y tiene pocas contraindicaciones.

En el periodo 2016-2018 y para el año 2020,[27] se reportaron 44 compras de etonogestrel implante por parte de 31 entidades federativas. Cinco de estas compras no se incluyeron en el análisis, ya que las entidades no especificaron el número de piezas que adquirieron. Por ejemplo, en dos de sus compras, Baja California Sur señaló que había adquirido "un tanto por 50,000 pesos de implantes subdérmicos" o "un tanto de 40,000 pesos de implantes" sin señalar exactamente cuántas piezas adquirieron ni a qué precio unitario. De igual forma, en dos compras, Guerrero señaló solo una pieza comprada, reportando un monto de 916,062 pesos y 900,000 pesos, respectivamente. Suponemos que en realidad compró más piezas, sin embargo, no contamos con información del número exacto adquirido que nos permita determinar el precio unitario. Por su parte, Chihuahua reportó también la compra de una pieza por 47,265 pesos. Estas imprecisiones generan un alto riesgo de corrupción, un problema de rendición de cuentas y la imposibilidad de conocer cuántos implantes se están adquiriendo y a qué precio-.

Dada la problemática anterior, se trabajó con las 39 compras en que sí se señalaba el número de piezas y un precio unitario razonable en el periodo 2016-2018 y 2020. (Ver Tabla 11).

27 En 2019 no se reportaron compras de etonogestrel en el SIAFFASPE bajo ninguna de las tres fuentes de financiamiento. Para 2021, ninguna entidad reportó haber adquirido Etonogestrel medante el Ramo 12 y el Ramo 33. El anexo IV de 2021 no se pudo revisar ya que no fue entregado por acceso a información, por lo cual no se incluye.

Tabla 11.Etonogestrel implante y aplicador 68 mg

(Pesos constantes de 2021)

Precio promedio 2016-2018 y 2020 en entidades federativas			
SIAFFASPE	Precio de adquisición a nivel federal en 2019*	Promedio del precio de adquisición por el IMSS 2018	Sobrecosto del precio promedio de las entidades 2016-2018 y 2020 respecto al precio de adquisición a nivel federal en 2019
$1,422	$1,256	$1,316[28]	+13%

Fuente. Elaboración propia a partir de información contenida en la plataforma SIAFFASPE 2016-2021 Ramo 12, Ramo33 y 2016-2020 Anexo IV, folios 331001921000066, 331001921000072; y de solicitudes de acceso a información hechas al CNEGSR, folios 1200200008521 y 1200200021321.

* Para 2019, el precio federal puede tener un aumento de 0 a 3 pesos por el costo de su distribución.

En el periodo 2016-2018 y 2020, por medio de 39 compras, se adquirieron 383,327 piezas de implantes subdérmicos etonogestrel de 68 mg en los estados. El precio promedio al que se adquirió el implante en ese periodo fue de 1,422 pesos, con cargo al Anexo IV y al Ramo 33. Este precio es 13% más alto que el que se pagó a nivel federal en 2019 de 1,256 pesos y también ligeramente más alto que el precio promedio del IMSS en ese mismo periodo, que fue de 1,316 pesos. La siguiente tabla presenta el comparativo entre compras de etonogestrel realizadas en los estados. (Ver Tabla 12).

Comparativo de precios de etonogestrel en 2016-2018 y 2020 por entidades federativas. Etonogestrel implante y aplicador 68 mg

(Precios constantes de 2021)

Año	Número de entidades que lo adquirieron ese año	Total de compras reportadas por los estados	Total de piezas compradas	Precio promedio en que fue adquirido por entidades ese año	Precio más bajo y entidad en que fue adquirido en ese año	Precio más alto y entidad en que fue adquirido en ese año	Porcentaje de sobrecosto*
2016	3	3	1,771	$1,641	Tlaxcala **$1,519**	Quintana Roo **$1,704**	+12%
2017	2	2	2,750	$ 1,514	Tamaulipas **$1,475**	Veracruz **$1,554**	+%5
2018	31	33	378,458	$1333.84	32 compras se realizaron por **$1,330**	Tamaulipas **$1,447**	+%9
2020	1	1	348	Solo lo adquirió Sinaloa, a un precio de $1,201			
			Piezas totales compradas 2016-2018 y 2020= 383,327				

Fuente Elaboración propia con información de respuestas a solicitudes de acceso la información SIAFFASPE 2016 – 2021, folios 331001921000069 y 331001921000072

* Diferencia entre el precio más bajo y el más alto al que se compró el medicamento en el mismo año.

28 El precio en que el IMSS lo adquirió en 2018 se obtuvo de QuienEsQuienWiki. La cifra se presenta en pesos constantes de 2021 para permitir su comparación.

Destacamos los siguientes hallazgos acerca de la compra de etonogestrel:

- En 2019 y 2021, los estados no reportaron compras de este anticonceptivo.
- Hubo sobrecostos en tres años. Por ejemplo, en 2016, el sobrecosto entre la entidad que lo adquirió más barato y la más cara fue de 12%; para 2018, fue de 9%. Cuando se adquieren grandes cantidades de implantes, estos sobreprecios causan afectaciones a los derechos de las mujeres, ya que disminuye el número de piezas que los estados pueden comprar y distribuir.
- La demanda de etonogestrel varía mucho de un año al otro. Si bien en 2018, el aumento exponencial de la demanda pudo deberse a que el CNEGSR no adquirió los medicamentos de forma central, sino que transfirió los recursos a las entidades para su compra, incluso en otros años, la variación en la cantidad comprada es significativa. En 2020, por ejemplo, solo se reportó la compra de 348 piezas por parte de las entidades, cantidad baja respecto a 2016 y 2017.

Levonorgestrel

El levonorgestrel con Polvo Levonorgestrel (Micronizado) 52 mg es un DIU de larga duración, cuya efectividad es superior al 99% y que tiene un periodo de protección anticonceptiva de 5 años.

En el periodo 2016-2021, 31 entidades federativas reportaron 44 compras de levonorgestrel implante. Tres de éstas no se incluyeron en el análisis, pues no especificaron el número de piezas que adquirieron, por lo que no se pudo conocer el precio unitario. Por ejemplo, Baja California Sur reportó dos compras: una en 2016 y otra en 2017; en la primera señaló que había adquirido "un tanto de DIU Mirena por $45,000", sin señalar exactamente cuántas piezas adquirió ni a qué precio; en la segunda compra reportó haber adquirido "un tanto de levonorgestrel micronizado en dispositivo intrauterino por $50,000". De igual forma, Guerrero indicó haber realizado una compra por 150,000 pesos. (Ver tabla 13).

Entre 2016 y 2021, las entidades federativas adquirieron 101,978 DIU; 2018 fue el año en que más se compró con recursos del anexo IV (77,218). Las entidades que más compraron en ese periodo son: Estado de México (14,750), Guanajuato (12,466), Jalisco (8,500) y CdMx (5,500). Las que menos compraron: Campeche (50), Yucatán (100), Tabasco (300) y Baja California Sur (350). Las compras han sido intermitentes para la mayoría de los estados, excepto BCS y Tamaulipas que compraron 2 años consecutivos. (Ver Tabla 14).

Tabla 13. Comparativo de precios de Levonorgestrel (micronizado) 52 mg 2016-2021

(Precios constantes de 2021)

Año	Número de entidades que lo adquirieron	Total de compras reportadas por estados	Total piezas compradas	Precio de adquisición para entidades ese año	Precio más bajo y entidad en que fue adquirido en ese año	Precio más alto y entidad en que fue adquirido en ese año	Porcentaje de sobrecosto*
2016	2	2	1,591	$ 2,456	Chihuahua **$2,355**	Aguascalientes **$2,557**	+4%
2017	2	2	1,490	$ 3,603	Tamaulipas **$ 2,152**	Colima **$ 5,054**	+135%
2018	31	32	77,218	$2,004	31 entidades federativas **$2,003**	Tamaulipas **$2,026**	+1%
2019	6	6	21,676	$1,730	Tlaxcala **$1,730**	5 entidades compraron **$1,730**	La diferencia fue de 17 centavos
2020			No se reportaron compras				
2021			No se reportaron compras				
			Total de piezas compradas 2016-2021= 101,978				

Fuente. Elaboración propia con información de respuestas a solicitudes de acceso la información SIAFFASPE 2016 – 2021, folios 331001921000069 y 331001921000072

* Diferencia entre el precio más bajo y el más alto al que se compró el medicamento en el mismo año.

Tabla 14. Levonorgestrel polvo 52 mg dispositivo
Precio al que fue adquirido por la federación 2016-2020 y por entidades federativas

(Precios en pesos constantes de 2021)

Año	Precio pagado en la compra centralizada federal	Precio promedio pagado por las entidades federativas
2016	$2,287	$2,456
2017	$2,128	$3,603
2018	$2,003	$2,004
2019	$1,911	$1,730
2020	$1,808	NA

Fuente. Elaboración propia con información de respuestas a solicitudes de acceso la información SIAFFASPE 2016 – 2021, folios 331001921000069 y 331001921000072

Con base en las tablas anteriores, se destacan los siguientes hallazgos:

- En 2017, fue el año en el que hubo el mayor sobrecosto. Colima adquirió el DIU 135% más caro que Tamaulipas.
- Excepto en 2018, cuando la compra estatal subió considerablemente porque el CNEGSR transfirió el grueso de los recursos presupuestarios a las entidades en vez de hacer una compra centralizada, para el resto de los años no se observa un patrón de compra progresivo. Incluso, en 2020 y 2021 no se reportaron compras por el Ramo 12 y Ramo 33, sin que se conozcan las razones de esto.
- Para 2021, además, no fue posible dar seguimiento a los recursos del Anexo IV debido a que no se nos proporcionó la información.

4.2.3 Salud materna y perinatal: carbetocina e inmunoglobulina

El PAE o componente de SMyP busca brindar a las mujeres servicios de calidad, interculturales y respetuosos en las etapas pregestacional, del embarazo, parto, puerperio y neonatal para evitar la morbimortalidad materna y perinatal, dando prioridad a grupos de alta marginación y en riesgo (Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal, 2016). Dos de los medicamentos adquiridos por las entidades para este propósito son la carbetocina y la inmunoglobulina.

Carbetocina

La carbetocina es un medicamento obstétrico que se aplica a mujeres que tuvieron cesárea o parto vaginal para evitar una hemorragia postparto y promover que el útero se contraiga regresando a su tamaño normal. Su vía de aplicación es intravenosa en dosis de 100 µg.

En el periodo 2016-2021, las entidades reportaron haber adquirido 52,921 piezas de carbetocina en 1 ámpula de 100 µg, envase con una ampolleta o frasco ámpula, en 36 compras. El precio promedio al que lo adquirieron las entidades en el periodo 2016-2021 fue de 553 pesos por ámpula. Este precio representa un sobrecosto de 26% respecto al precio de 438 pesos en que el IMSS lo adquirió en 2017.

Cabe destacar que hubo una compra más de carbetocina, realizada por Nayarit en el 2021 con recursos del Ramo 33; sin embargo, no se incluyó en este análisis, pues se reportó un precio unitario de 359,552 pesos por solo una pieza comprada. Esto representa un problema de rendición de cuentas, pues no queda claro cuántas piezas se adquirieron realmente y, si solo fue una, por qué se reporta un precio unitario tan alto. (Ver Tabla 15)

Tabla 15. Carbetocina 1 ámpula de 100 µg envase con una ampolleta o frasco ámpula

(Pesos constantes de 2021)

Precio promedio 2016-2019 en entidades federativas		
Precio promedio 2016-2019 en entidades federativas SIAFFASPE	Precio ponderado adquirido por el IMSS en 2017	Sobrecosto del precio promedio de entidades respecto al precio de IMSS en 2017
$553	$438[29]	+26%

Fuente Elaboración propia con información de respuestas a solicitudes de acceso la información SIAFFASPE 2016-2021, folios 331001921000067 y 331001921000072.

La Tabla 16 presenta un comparativo por año, que muestra el precio promedio en el que las entidades lo adquirieron, el número de entidades, el número de compras, así como los sobreprecios entre las entidades que lo compraron más barato y más caro en el mismo año.

Tabla 16. Comparativo de precios en 2016-2021 por entidades federativas Carbetocina 1 ámpula de 100 µg envase con una ampolleta o frasco ámpula

(Precios constantes de 2021)

Año	Número de entidades que lo adquirieron ese año	Total de compras reportadas por los estados	Total piezas compradas	Precio promedio en que fue adquirido por entidades ese año	Precio más bajo y entidad en que fue adquirido en ese año	Precio más alto y entidad en que fue adquirido en ese año	Porcentaje de sobrecosto*
2016	8	9	8,020	$580	Nayarit **$25**[30]	Morelos **$1,261**	+4,944%
2017	4	4	7,382	$568	Oaxaca, Querétaro y Sonora **$451**	Yucatán **$921**	+104%
2018	4	4	4,940	$552	Sonora **$424**	Yucatán **$867**	+104%
2019	3	3	6,646	$549	Tamaulipas **$375**	Yucatán **$827**	+121%
2020	7	7	18,576	$455	Campeche **$346**	Yucatán **$836**	+142%
2021	9	9	7,357	$613	Nayarit **$339**	Morelos **$1,200**	+254%
		Total compras 2016-2021= 36	**Total piezas compras 2016-2021= 52,921**	**Precio promedio 2016-2021= $553**			

Fuente Elaboración propia con información de respuestas a solicitudes de acceso la información SIAFFASPE 2016-2021, folios 331001921000067 y 331001921000072.

* Diferencia entre el precio más bajo y el más alto al que se compró el medicamento en el mismo año.

29 El precio en que el IMSS lo adquirió en 2017 se calculó de QuienEsQuienWiki. La cifra se presenta en pesos constantes de 2021 para permitir su comparación.

30 Este precio es muy inferior al precio promedio, sin embargo, se deja tal cual porque así lo reportó la entidad en el SIAFFASPE.

A partir de estos datos, puede destacarse que:

- Existen grandes variaciones en el precio de la carbetocina entre entidades. En 2021, por ejemplo, Nayarit lo adquirió en 339 pesos y Morelos en 1,200 pesos, un sobrecosto de 254%.
- Sobresale que, por cuatro años consecutivos 2017, 2018, 2019 y 2020, Yucatán fue el estado que lo adquirió más caro, con un sobrecosto de más de 100% respecto al precio de la entidad que lo pagó más bajo. Esto muestra un problema recurrente de sobrecostos, que no se está atendiendo.

Inmunoglobulina anti D 0.300 mg envase con un frasco

Las mujeres con grupo sanguíneo Rh negativo en ocasiones forman anticuerpos Rh cuando tienen un feto Rh positivo, en respuesta a la diferente composición de los glóbulos rojos de éste. Es más probable que esta sensibilización se produzca durante el parto, pero puede suceder en las últimas fases del embarazo. La presencia de anticuerpos puede causar recién nacidos anémicos. Si el cuadro es severo y no se da tratamiento, el recién nacido puede morir. Una inyección de 100 ug (500 UI) de Anti-D administrada a las mujeres que son Rh negativo a las 28 y 34 semanas en su primer embarazo disminuye este riesgo. Entre 2016 y 2021 se reportaron 62 compras para un total de 38,241, dosis de inmunoglobulina.

Tabla 17. Comparativo de precios pagados por entidades federativas en 2016-2021 Inmunoglobulina anti D 0.300 mg. Envase con un frasco ámpula con o sin diluyente o una jeringa o una ampolleta.

(Precios constantes de 2021)

Año	Número de entidades que lo adquirieron ese año	Total de compras reportadas por los estados	Total de piezas compradas	Precio promedio en que fue adquirido por entidades ese año	Precio más bajo y entidad en que fue adquirido en ese año	Precio más alto y entidad en que fue adquirido en ese año	Porcentaje de sobrecosto*
2016	12	13	8,207	$1,963	Querétaro **$1,755**	Quintana Roo **$2,182**	+28%
2017	12	13	5,706	$1,950	San Luis Potosí **$1,709**	5 entidades compraron en **$2,056**	+20%
2018	14	17	9,087	$2,055	Nuevo León **$1,936**	13 entidades compraron a **$2,062**	+20%
2019	12	12	11,064	$2,001	8 entidades **$1,967**	4 entidades **$2,016**	4%
2020	7	7	4,172	$1,831	Zacatecas **$1724**	Guerrero **$1,949**	13%
2021	1	1	5	$5900	CdMx $5,900		
			Total de piezas compradas 2016-2021= 38,241				

Fuente. Elaboración propia con información de respuestas a solicitudes de acceso la información SIAFFASPE 2016-2021, folios 331001921000067 y 331001921000072

* Diferencia entre el precio más bajo y el más alto al que se compró el medicamento en el mismo año.

- A pesar de la importancia de la Inmunoglobulina Anti-D, para la atención de la salud materna, no todas las entidades adquirieron el insumo, según lo reportaron en el SIAFFASPE. Por ejemplo, en 2021, solo CdMx la adquirió, sin que se conozca la razón.
- Aunque en 2016, 2017 y 2018 las entidades reportaron más de una compra, el precio fue el mismo para todas.
- Los sobrecostos, en relación al precio más alto y el más bajo, se mantuvo a lo largo de los años entre el 4% y el 28%. Llama la atención que en 2021 la CdMx reportara haberla adquirido por un monto muy superior al precio promedio histórico.

En suma, en esta sección se identificaron algunos problemas alrededor de las compras estatales. En primer lugar, la transparencia y rendición de cuentas sigue siendo un pendiente, ya que 44% de las entidades no entregaron la información completa de sus compras en formatos que permitieran su análisis y

comparación. En segundo lugar, las entidades aún no tienen internalizadas las categorías de gasto de la herramienta SIAFFASPE mediante la cual rinden cuentas de su gasto a la federación.

Finalmente, con el análisis de las compras estatales de seis medicamentos de SSyR identificamos algunos riesgos de corrupción imperantes como los problemas en cómo reportan sus adquisiciones, por ejemplo, falta de información sobre la cantidad comprada o el precio adquirido por cada estado, etc. También encontramos que los sobrecostos son recurrentes en los estados, generando un riesgo de corrupción, un problema de rendición de cuentas y afectando la cantidad de medicamentos que pueden adquirirse y estar disponibles para las mujeres.

Un potencial problema identificado es que, en el análisis de las compras estatales no percibimos patrones progresivos en la demanda adquirida de medicamentos. Por ejemplo, la demanda puede disminuir drásticamente, de un año a otro sin que esto guarde relación con el incremento de la población objetivo que se propuso el INSABI o los avances en la despenalización del aborto en nueve entidades.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En México aún existen muchos desafíos que afectan la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Por ejemplo, persisten altos niveles de violencia de género y sexual, servicios de salud que —en muchos casos— son inadecuados e insuficientes, y ponen en riesgo la vida y la integridad de las mujeres, legislaciones que no les permiten decidir sobre su cuerpo, altos índices de embarazo adolescente, demanda de anticonceptivos no satisfecha, entre otros. Estos desafíos se profundizan y tienen mayor impacto en las mujeres que no cuentan con seguridad social y servicios de salud asociados a su empleo; y de ellas, se ven más afectadas quienes viven en pobreza, marginación o en comunidades rurales, indígenas o afromexicanas.

Para atender estos desafíos, el Estado mexicano ha implementado una política pública para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres sin seguridad social a través de PAE. Cabe resaltar que, históricamente, el subsistema de salud para la población abierta ha tenido un presupuesto por persona afiliada mucho menor que el de otros subsistemas, como el IMSS, ISSSTE, Sedena, Semar, etc., lo que en sí mismo ya constituye un desafío importante.

Como se analizó, el gobierno de AMLO impulsó cambios estructurales en el sistema de salud dirigido a la población sin seguridad social con el objetivo de fortalecerlo. En esta investigación identificamos al menos tres grandes transformaciones del sistema de salud que tuvieron un impacto en la política pública de SSyR y en la asignación de recursos y las compras de medicamentos. La primera fue la desaparición del SP y la creación del INSABI, el cual arrancó en 2020 y prometía, entre otras cosas, cubrir a la totalidad de la población sin seguridad social (incluidas las mujeres), mejorar el primer nivel de atención, el acceso a mejores servicios de salud y a medicamentos gratuitos, así como la contratación de mayor personal. La segunda apuesta del gobierno fue atender y prevenir los posibles riesgos de corrupción del sector. En el rubro de compras de medicamentos se realizaron cambios a los esquemas de adquisición a nivel federal para promover mayor competitividad y mejores precios. La tercera se relaciona con la reestructuración de las políticas públicas. Por ejemplo, en el caso de la SSyR se fusionaron algunos PAE en uno solo con diversos componentes para atender de forma más integral las necesidades de las mujeres.

En esta investigación analizamos los recursos asignados y los mecanismos de compra de medicamentos para la SSyR en el periodo 2016-2021. Las conclusiones que destacamos son:

REGRESIVIDAD DEL GASTO

El derecho a la SSyR requiere de un marco normativo e institucional efectivo y de políticas públicas adecuadas al contexto de cada uno de sus componentes, además de una asignación suficiente y progresiva de recursos públicos que permitan su garantía con enfoque de derechos humanos. En relación con los recursos asignados para la compra de medicamentos para SSyR, se constató que en el periodo 2016-2020 no ha habido una progresividad del gasto reportado en los AFASPE y SIAFFASPE de los PAE a cargo del CNEGSR. Durante el periodo de estudio, 2016 fue el año en que más recursos se asignaron para la compra de medicamentos tanto por la federación como los estados, por un monto total superior a los 1,397 millones de pesos (precios constantes de 2021). En 2017, 2018 y 2019, el gasto disminuyó, mostrando una regresividad. Si bien en 2020 aumentó 8.7% respecto a 2019, no volvió a alcanzar los niveles de 2016. En términos de estándares de derechos humanos, esta regresividad en el gasto puede causar una afectación en los derechos de las mujeres, ya que si hay menos recursos se pueden adquirir menos medicamentos para atender la SSyR. Esta disminución del gasto es preocupante pues, como se mencionó, el INSABI se propuso cubrir a todas las mujeres sin seguridad social, lo que debería haber significado un aumento en los recursos asignados.[31]

Otro hallazgo es que, en cuanto a la distribución de los recursos para la compra de medicamentos para SSyR, identificamos que más del 70% de los recursos asignados para la adquisición de medicamentos y productos farmacéuticos reportados en el SIAFFASPE son para el componente de Planificación Familiar en comparación con los otros componentes de SSyR, como muerte materna o violencia.

Recomendaciones:

- El gasto para medicamentos para SSyR en sus tres fuentes de financiamiento debe ser progresivo, ya que su disminución es contraria a estándares de derechos humanos y puede causar una afectación a los derechos de las mujeres.
- Al incrementar la cobertura en salud para todas las mujeres sin seguridad social, el INSABI o el IMSS-Bienestar están obligadas a aumentar el presupuesto de forma proporcional al número de mujeres que demandan los servicios de SSyR y considerar la inflación para que los incrementos sean reales.

31 Por ejemplo, de acuerdo al SIAFFASPE y a información proporcionada por el CNEGSR, en 2016 en todo el país se compró un número mayor de DIU medicado de levonorgestrel —77, 820 piezas—, que en los años 2019 —73,213 piezas— y 2020 —65,700 piezas—, lo que muestra que en los últimos años se ha reducido la oferta disponible de este método anticonceptivo para las mujeres.

OPACIDAD Y FALTA DE RENDICIÓN DE CUENTAS

Identificamos varios problemas de opacidad y falta de rendición de cuentas. El más preocupante se refiere a la falta de trazabilidad de los recursos del Anexo IV. A partir de 2021 no es posible conocer cuántos recursos se erogaron desde el INSABI para la compra de medicamentos de los PAE de SSyR a cargo del CNEGSR para esta fuente de financiamiento, tanto a nivel federal como estatal, aún cuando estos recursos son los más cuantiosos.

Un segundo desafío es que las entidades federativas etiquetan recursos de otras fuentes a su cargo, distintas del Ramo 33, sin que, en todos los casos, lo reporten en el AFASPE y SIAFFASPE, por lo que ni el CNEGSR, la entidad rectora, ni la ciudadanía pueden conocer la totalidad de los recursos asignados para la compra de medicamentos de SSyR.

Un tercer desafío es la dificultad para que la ciudadanía pueda monitorear la política de SSyR. Si bien el SIAFFASPE, como herramienta de transparencia y rendición de cuentas, concentra información de todas las fuentes de financiamiento, es de uso interno y no se publica de forma proactiva para que la ciudadanía la consulte, aún cuando ésta ha sido una demanda de las organizaciones de mujeres desde hace varios años. Por ello, como se señaló, la información del SIAFFASPE debe obtenerse por solicitudes de acceso a información, pero su reutilización y manejo por parte de la ciudadanía no es fácil, ya que no se entrega en formatos abiertos, lo que dificulta monitorear los recursos asignados, las metas, los indicadores, y las compras realizadas para los PAE.

Recomendaciones:

- Es fundamental que se recupere la trazabilidad de los recursos del Anexo IV a cargo del INSABI, ya que desde 2021 no se ha podido acceder a ellos y son los más cuantiosos.
- Dadas las diversas fuentes de financiamiento involucradas, es necesario que el CNEGSR clarifique quiénes son los responsables de alimentar y gestionar la plataforma SIAFFASPE y quién de verificar su correcto llenado. Una vez que haya claridad sobre esto, la unidad responsable debe poner a disposición de la ciudanía una versión de acceso público del SIAFFASPE que cumpla con los más altos estándares en materia de transparencia, como datos abiertos, reutilizables, accesibles, etc., y que sea útil para la ciudadanía.
- Si bien el SIAFFASPE es una herramienta útil, recomendamos fortalecerla, de manera que incluya un módulo de información sobre los proveedores con los que se adquirieren los insumos o servicios, los mecanismos de contratación usados y la documentación que ampara dichas compras (por ejemplo, facturas).[32]

32 Una investigación previa de Fundar permitió constatar que el CNEGSR cuenta con el respaldo que ampara los gastos que realizan las entidades, por ejemplo, facturas pagadas por los estados.

- Las entidades federativas deben reportar en el AFASPE y SIAFFASPE los recursos, distintos del Ramo 33, que asignen de su presupuesto para la SSyR, de manera que puedan conocerse la totalidad de los recursos asignados para la compra de medicamentos de SSyR.

RIESGOS DE CORRUPCIÓN EN LAS COMPRAS FEDERALES DE MEDICAMENTOS

Como se exploró, tanto la federación como los estados realizan compras de medicamentos. Excepto en 2018, la federación erogól cerca del 75% del presupuesto total para la compra de medicamentos, mismos que envía en especie a los estados.

Nuestros hallazgos muestran que los riesgos de corrupción en la compra de medicamentos a nivel federal persisten. Los cambios en los esquemas de compra implementados a partir de 2019 han tendido hacia la centralización de las adquisiciones en nuevas instancias y, en general, no han tenido los resultados-esperados. Si bien hay un nuevo abanico de proveedores, el mercado sigue concentrado en dos o tres farmacéuticas y la figura de la adjudicación directa se sigue usando y hasta ha aumentado, alcanzando de forma preocupante 97% del total de las compras de medicamentos, en 2020. Esta práctica sigue generando riesgos de corrupción, ya que la adjudicación directa debe ser la excepción y no la regla. Sin embargo, un aspecto positivo que sí trajeron estos nuevos esquemas de compra y la contratación de nuevos proveedores es la disminución de precios de varios medicamentos que, en algunos casos, fue significativa.

Además, los cambios en los modelos de compra a nivel federal y en el actor encargado de ella, han dificultado e incluso impedido dar seguimiento a las adquisiciones. A partir de 2019, en que se implementaron estos nuevos modelos de compra, existe menos información proactiva y accesible que permita entender quién es la unidad responsable de adquirirlos y cuál es el rol del CNEGSR, como órgano rector de la política pública, en este proceso. Por ejemplo, para 2019, no fue posible conocer el precio exacto de los medicamentos adquiridos para los PAE, al no poder conocer el costo total de su distribución. Estos vacíos de información se agravaron en 2021, cuando —por primera vez— el CNEGSR no nos proporcionó información desagregada sobre las adquisiciones de medicamentos a nivel federal, lo que significa que ni siquiera la entidad rectora cuenta con esta información.

Recomendaciones:

- Dados los cambios que se han implementado a partir de la creación del INSABI y de la adopción de nuevos modelos de compra, es indispensable que el INSABI, la SSA y el CNEGSR transparenten o expliquen proactivamente quién es ahora la unidad responsable de realizar las compras federales de medicamentos para estos PAE, además de informar cuántos de éstos se están adquiriendo, a qué precios, con qué proveedores y bajo qué condiciones.

- Para disminuir los riesgos de corrupción, el gobierno federal debe tanto evitar el uso excesivo de figuras como la adjudicación directa como promover la competencia para disminuir la concentración de mercado. En caso de otorgar contratos mediante esa figura es su responsabilidad transparentar o explicar de forma exhaustiva las razones por las cuales recurrió a ella, tal como lo contempla la legislación, según la cual solo debe usarse excepcionalmente.
- Independientemente del esquema de compras implementado por el gobierno federal en turno y de la instancia que realice las compras, el CNEGSR, como entidad rectora, debe conocer y publicar de forma proactiva, los montos presupuestarios totales asignados y erogados a nivel federal para la compra de medicamentos para los PAE a su cargo, detallando el proveedor contratado, la cantidad, el precio unitario, los mecanismos de adjudicación, etc., de manera que haya un registro público de la totalidad de los medicamentos e insumos que se están adquiriendo para la SSyR de las mujeres y que deberían estar disponibles en los centros de salud y hospitales.

RIESGOS DE CORRUPCIÓN EN LAS COMPRAS DE MEDICAMENTOS A NIVEL ESTATAL

A nivel estatal persisten problemas de transparencia y rendición de cuentas. Al intentar obtener la información de todas las compras hechas por los 32 estados para los PAE de SSyR en el periodo 2016-2018, 44% no nos entregaron la información solicitada o lo hicieron de forma parcial, lo que impidió compararla y analizarla y mostró que no están familiarizados con la forma en que deben reportar su gasto a la federación en el SIAFFASPE.

Al analizar la compra de seis medicamentos en los estados, según lo reportado en el SIAFFASPE, encontramos distintas irregularidades que generan riesgos de corrupción. En primer lugar, el mismo medicamento con el mismo gramaje puede ser adquirido a distintos precios por las entidades, lo que además de ser una potencial irregularidad —un sobrecosto— disminuye la cantidad de dosis de medicamentos que pueden adquirirse y que se destinan a garantizar la SSyR de las mujeres. Por ejemplo, encontramos que, en el mismo año, un estado puede comprar un medicamento tres veces más caro que otro estado. Incluso, hay estados que tienen un historial de incurrir en sobrecostos, lo que constituye un grave problema de control y fiscalización de los recursos.

En segundo lugar, hallamos que algunos estados solo reportan en el SIAFFASPE el precio total de algún lote de medicamentos, sin especificar la cantidad exacta adquirida, lo que impide a la ciudadanía, al CNEGSR y a las usuarias de los servicios conocer el precio unitario y si este es razonable.

Finalmente, observamos que las cantidades de medicamentos que los estados adquieren con las fuentes de financiamiento a su cargo, Ramo 33 y Anexo IV, varían mucho de un año a otro. También encontramos que el AFASPE no incluye información sobre la cantidad de insumos que cada estado adquiere y tampoco las razones de la disminución o aumento de ésta.

Recomendaciones:

- Las entidades federativas están obligadas a publicar de forma proactiva y apegada a los más altos estándares de transparencia las compras de medicamentos que realizan y los recursos que asignan para la política de SSyR, para permitir su monitoreo por parte de la ciudadanía y promover la rendición de cuentas a nivel estatal.
- Las tareas de fiscalización, control y rendición de cuentas deben fortalecerse a nivel estatal para evitar sobrecostos y sus potenciales impactos y promover el correcto reporte de las compras.
- El CNEGSR y las entidades federativas tienen la responsabilidad de socializar de manera más eficaz la herramienta del SIAFFASPE entre el personal que alimenta esta plataforma en cada estado, para evitar riesgos de corrupción y garantizar una mayor rendición de cuentas y control.[33]
- Los AFASPE deben incluir información sobre la cantidad de insumos que los estados han proyectado adquirir y las razones que justifican esta decisión.

RECTORÍA DEL CNEGSR

La concurrencia de las responsabilidades obliga a las instancias involucradas en la operación de la política pública a tener una coordinación más activa para asegurar su eficacia. En términos de asignación y control de los recursos, nuestra investigación mostró que, si bien en la implementación de la política de SSyR se involucran tres fuentes de financiamiento diversas —Ramo 12, Ramo 33 y Anexo IV—, el CNEGSR solo tiene facultades de asignación, ejecución y fiscalización de los recursos del Ramo 12, en razón del mandato que le otorga el AFASPE. Sin embargo, la asignación y fiscalización de los recursos provenientes del Ramo 33 y Anexo IV han quedado fuera de su control.[34] Como se mencionó también, el CNEGSR como entidad rectora no conoce forzosamente todos los recursos que los estados destinan para SSyR, lo que

33 Los problemas de omisiones de los estados al momento de subir o validar información al SIAFFASPE ya los han señalado colectivos de mujeres que dan seguimiento al tema de salud materna, por ejemplo, el OMM, la Coalición por la salud de las mujeres o el Comité por una Maternidad Segura.

34 La información sobre el Ramo 33 y Anexo IV se incluyen en los convenios AFASPE, pero solo de manera enunciativa y por voluntad de las entidades federativas y del propio INSABI. antes SP.

le impide tener una visión integral de si lo que se asigna es suficiente para alcanzar las metas de SSyR y poder garantizar estos derechos para las mujeres en México. Finalmente, se constató que, a partir de 2021, el CNEGSR no cuenta con la información detallada de las compras de medicamentos que se realizan a nivel federal y estatal, lo cual afecta su rectoría y su capacidad para monitorear el logro de las metas de SSyR establecidas en los PAE.

Recomendaciones:

- Para un mayor seguimiento a la política pública, sería ideal que, sin violar la soberanía de los estados y el federalismo, se crearan mecanismos que permitieran una mayor coordinación entre las distintas instancias y niveles de gobierno para que el CNEGSR —como entidad rectora— pudiera tener más voz y poder de decisión sobre la asignación de recursos del Ramo 33 y del Anexo IV que llevan a cabo las entidades o el INSABI.
- Debe asegurarse una mayor coordinación entre el CNEGSR y las entidades para que, el primero, como entidad rectora de esta política, pueda conocer la totalidad de los recursos y medicamentos que las entidades asignan y adquieren para SSyR. Esto permitiría al CNEGSR evaluar si lo que se está adquiriendo es suficiente para satisfacer la demanda y con ello, garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
- El CNEGSR podría tener un rol más activo para evitar los sobrecostos en los medicamentos que adquieren las entidades, por ejemplo, haciendo recomendaciones sobre los precios, promoviendo mejores prácticas entre las entidades y activando los mecanismos de control y fiscalización estatales y federales, cuando los sobrecostos e irregularidades persisten en alguna entidad.
- El CNEGSR tiene la obligación de capitalizar la reestructuración y reducción del número de PAE asegurando desde su papel rector, que haya una atención más integral para las mujeres en los estados.

ANEXOS

ANEXO 1

Entrevistas realizadas

Para asegurar la confidencialidad de la información vertida en las entrevistas, se menciona solamente la institución de la persona entrevistada, omitiendo su nombre.

- Investigadora de Mexfam.
- Investigadora de Mexfam.
- Investigadora de Balance.
- Exinvestigadora del Instituto Mexicano para la Competitividad.
- Consultora independiente experta en temas de género y feminismo (1).
- Consultora independiente experta en temas de género y feminismo (2).
- Investigadora y académica del Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Persona adscrita a los servicios de salud de una entidad federativa del occidente de México.

ANEXO 2

DEFLACTOR INPC 06.1 Productos, artefactos y equipos médicos, 06.1.1 Productos farmacéuticos		
	2020=100	
2010	58.84521948	
2011	61.84743182	5.1%
2012	64.90320424	4.9%
2013	68.21025432	5.1%
2014	71.0581723	4.2%
2015	74.50430719	4.8%
2016	79.87383224	7.2%
2017	84.99413443	6.4%
2018	90.26410661	6.2%
2019	94.5981407	4.8%
2020	100	5.7%
2021	104.5068248	4.5%
2022	108.7916046	4.1%

Nota: para 2022 se toma la inflación promedio esperada por SHCP de 4.1% anual (se encuentra en CGPE)

Fuente: INEGI

ANEXO 3

Solicitudes de acceso a la información más relevantes usadas en la investigación		
Número de solicitud	Instancia a la que se le hizo	Tema
1200200004119	CNEGSR	Lista de empresas con las que el CNEGSR adquirió medicamentos y productos farmacéuticos para los PAE para los años 2016, 2017 y 2018, desglosando la información por año, por tipo de mecanismo de contratación de la empresa (licitación pública, invitación a cuando menos tres personas o adjudicación directa), por programa de acción específico, por fuente de financiamiento para el pago (federal, estatal, ramo, etc.) y por monto pagado a cada una de estas empresas contratadas.
1200200008521	CNEGSR	Compras de medicamentos y productos farmacéuticos adquiridos por el CNEGSR o por otra dependencia de la partida 25301 para los PAE a cargo del CNEGSR para el periodo 2019 y 2020, desglosadas por nombre del medicamento, el número de piezas adquiridas para cada uno de los programas de acción específica, el monto de cada compra y la fuente de financiamiento.
1200200021321	CNEGSR	Compras realizadas en 2019, 2020 y primer trimestre de 2021 especificando número de piezas adquiridas para cada uno de los PAE a cargo del CNEGSR, monto, fuente de financiamiento, y dosis o gramaje de cada medicamento.
331001922000014	CNEGSR	Compras de medicamentos adquiridos por el CNEGSR o por otra dependencia, de la partida 25301 para los PAE a cargo del CNEGSR en 2021, desglosando el nombre del medicamento, el número de piezas adquiridas para PAE y/o componente, el monto de cada compra, la fuente de financiamiento, el proveedor con el que se adquirió, y el mecanismo por el que se adquirió. Se solicita conocer si el precio unitario ya incluye el costo de su distribución y la dosis o gramaje de cada medicamento adquirido.
331001921000067	CNEGSR	La plataforma del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Financiamiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE) correspondiente al último Convenio Modificatorio del Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE) 2016,2017, 2018, 2019 para el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal. De Ramo 12, Ramo 33 y Anexo IV.

Solicitudes de acceso a la información más relevantes usadas en la investigación		
Número de solicitud	Instancia a la que se le hizo	Tema
331001921000066	CNEGSR	La plataforma del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Financiamiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE) correspondiente al último Convenio Modificatorio del Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE) 2016,2017, 2018, 2019 para el Programa de Acción Específico Violencia Familiar y de Género 2016-2019. Ramo 12, Ramo 33 y Anexo IV.
331001921000069	CNEGSR	La plataforma del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Financiamiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE) correspondiente al último Convenio Modificatorio del Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE) 2016,2017, 2018, 2019 para el Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2016-2019. Ramo 12, Ramo 33 y Anexo IV.
331001921000068	CNEGSR	La plataforma del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Financiamiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE) correspondiente al último Convenio Modificatorio del Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE) 2016,2017, 2018, 2019 para el Programa de Acción Específico Cáncer de la Mujer 2016-2019. Ramo 12, Ramo 33 y Anexo IV.
331001921000072	CNEGSR	La plataforma del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Financiamiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE) correspondiente al último Convenio Modificatorio del Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE) 2020 -2021 para el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva. Ramo 12, Ramo 33 y Anexo IV.
331001921000073	CNEGSR	La plataforma del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Financiamiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE) correspondiente al último Convenio Modificatorio del Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE) 2020 -2021 para el Programa de Acción Específico Cáncer de la Mujer. Ramo 12, Ramo 33 y Anexo IV.

REFERENCIAS

Aristegui Noticias, AMLO pide vetar a 3 proveedores del IMSS e ISSSTE por posible corrupción, *Aristegui Noticias*, 8 de abril de 2019, recuperado de *https://aristeguinoticias.com/0804/dinero-y-economia/amlo-pide-vetar-a-3-proveedores-del-imss-e-issste-por-posible-corrupcion/*

Aristegui Noticias, SCJN invalida protección de la vida desde la concepción en la Constitución de Veracruz, *Aristegui Noticias*, 30 de mayo de 2022, recuperado de *https://aristeguinoticias.com/3005/mexico/scjn-invalida-proteccion-de-la-vida-desde-la-concepcion-en-la-constitucion-de-veracruz/*

ASF, 2010, Adjudicación de Medicamentos Mediante Oferta Subsecuente de Descuentos para el Programa E002 Auditoría Financiera y de Cumplimiento en el IMSS: 10-1-00GYR-02-0831 DS-084, recuperado de *https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2010i/Grupos/Desarrollo_Social/2010_0831.pdf*

ASF, 2019, Auditoría de Desempeño 2019-0-12100-07-0162-2020 162-DS.

ASF, 2019, Auditoría de Cumplimiento 2019-0-12100-19-0163-2020 163-DS.

ASF, 2019, Recursos Federales Transferidos a través del Acuerdo de Coordinación Celebrado entre la Secretaría de Salud y la Entidad Federativa Auditoría De Cumplimiento: 2019-0-12100-19-0169-2020 169-DS, recuperado de *https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2019b/Documentos/Auditorias/2019_0169_a.pdf*

ASF, 2019, Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral, Auditoría De Cumplimiento del Gobierno del Estado de Yucatán: 2019-A-31000-19-1323-2020 1323-DS-GF, recuperado de *https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2019b/Documentos/Auditorias/2019_1323_a.pdf.*

ASF, 2019, Adquisición Consolidada de Medicamentos Auditoría De Cumplimiento Forense en el IMSS: 2018-1-19GYR-23-0268-2019 268-DS, recuperado de *https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2018c/Documentos/Auditorias/2018_0268_a.pdf*

ASF, 2019, Inventarios de Medicamentos en Almacenes de Unidades Médicas Auditoría De Cumplimiento del ISSSTE: 2018-1-19GYN-19-0262-2019 262-DS; recuperado de *https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2018c/Documentos/Auditorias/2018_0268_a.pdf*

Avedaño M. F., Montes M. P. y Santana R. M., 2021, *Índice de riesgos de corrupción*, IMCO, pp.3-4, recuperado de *https://imco.org.mx/indice-de-riesgos-de-corrupcion/.*

Bayer, 2022, Quiénes Somos, recuperado de *https://www.bayer.com/es/mx/mexico-home*

Carrillo, E. 2019, Gobierno compra antirretrovirales a empresa bajo investigación para atender crisis, *Proceso*, 3 de mayo de 2019, recuperado de *https://www.proceso.com.mx/582412/gobierno-compra-antirretrovirales-a-empresa-bajo-investigacion-para-atender-crisis.*

Cruz Martínez, 2021, Concluye licitación de medicamentos con 45% de las claves asignadas, *La Jornada*, 15 de junio de 2021. *https://www.jornada.com.mx/2021/06/15/politica/012n1pol*

CNEGSR, 2015, Objetivos del Programa de Prevención y Atención a la Violencia, recuperado de *https://www.gob.mx/salud/cnegsr/es/acciones-y-programas/objetivos-del-programa-de-prevencion-y-atencion-a-la-violencia*

CNEGSR, 2015b, Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción, Secretaría de Salud, recuperado de *https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-planificacion-familiar-y-anticoncepcion-cnegsr*

CNPSS, 2019, *Informe de resultados del SPSS* enero-diciembre 2019, pp. 200, obtenido de *http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2019/Informe_Resultados_SPSS_2019.pdf*

Consejo Nacional de Población (Conapo),2020, *Situación de los derechos sexuales y reproductivos. República Mexicana. 2018. Resumen Ejecutivo*, 2020, pp. 15, recuperado de *https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/628825/Resumen_ejecutivo_Derechos_sexuales_version_digital_con_ISBN_y_ano_de_edicion.pdf*

Conapo, 2022, "Día Internacional de las Mujeres Igualdad de género hoy para un mañana sostenible", recuperado de *https://www.gob.mx/conapo/es/articulos/dia-internacional-de-las-mujeres-296261*

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (CPEUM), 2021, consultado el 24 de octubre de 2021, disponible en: *http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_280521.pdf*

El CEO, 2020, Sergio Hidalgo renuncia a dirección general de Aléatica, *El CEO*, 15 de julio de 2020, recuperado de *https://elceo.com/negocios/sergio-hidalgo-renuncia-a-aleatica/*

A. Facio, et. al., 2008, Los derechos reproductivos son derechos humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, disponible en: *https://www.corteidh.or.cr/tablas/24841.pdf*

FANASA, 2020, Nosotros | FANASA: Fármacos Nacionales recuperado de *https://www.fanasa.com/.*

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2021, *Salud Sexual y Reproductiva*, disponible en: *https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva*

Forbes Staff, 2019, 10 empresas concentran 80% de medicamentos del gobierno; es monopólico: AMLO, *Forbes*, 13 de marzo de 2019, recuperado de *https://www.forbes.com.mx/10-empresas-concentran-80-de-medicamentos-del-gobierno-es-monopolico-amlo/*

Fundar, 2022, *Privilegios Fiscales*, recuperado de *https://privilegiosfiscales.fundar.org.mx/privilegiados/*

Galván M., 2021, Sinaloa y Coahuila: ¿Qué sigue tras los fallos de la Corte sobre el aborto?, *Expansión*, 9 septiembre de 2021, recuperado de *https://politica.expansion.mx/mexico/2021/09/09/sinaloa-y-coahuila-que-sigue-tras-los-fallos-de-la-corte-sobre-el-aborto*

Hernández L., 2019, Gobierno veta a principales proveedores de fármacos, El Economista, 9 de abril, *https://www.eleconomista.com.mx/empresas/Gobierno-veta-a-principales-proveedores-de-farmacos-20190409-0038.html.*

IMCO, 2020, Compras públicas en México. Competencia: la gran ausente, 06 de octubre de 2020, recuperado de *https://imco.org.mx/compras-publicas-en-mexico-competencia-la-gran-ausente/.*

El Imparcial, 2021, Hugo López-Gatell: PiSA es culpable del desabasto de medicinas contra el cáncer, *El Imparcial*, 1 de julio de 2021, recuperado *https://www.elimparcial.com/mexico/Hugo-Lopez-Gatell-PiSA-y-empresario-Carlos-Alvarez-Bermejillo-culpables-de-desabasto-de-medicinas-contra-el-cancer-20210701-0064.html*

IMSS, 2022, *Documentación compra consolidada* 2017-2018, sitio web, recuperado de *https://www.imss.gob.mx/compraconsolidada/2017.*

INAI, 2019, Respuestas de inexistencia de la información solicitada por parte de sujetos obligados seleccionados para periodos específicos, disponible en *https://drive.google.com/file/d/1rz7UzP9pWXpEp9fl8s-7h0zgZz60nAASu/view*

Infobae, 2020, El gobierno denunció a la farmacéutica Pisa, pero este año le dio contratos por más de 19 millones, *Infobae*, 28 de enero de 2020, recuperado de *https://www.infobae.com/america/mexico/2020/01/28/el-gobierno-denuncio-a-la-farmaceutica-pisa-pero-este-ano-le-dio-contratos-por-mas-de-19-millones/*

INEGI, 2021, "Principales Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021", disponible en *https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf*

Inmujeres, Población Indígena, mayo 2021, recuperado de *http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Poblacion_indigena.pdf*

Inmujeres, Desigualdad en cifras, Boletín N° 7, julio de 2021, recuperado de *http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BA7N07-2%20FINAL.pdf*

Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), 2021, 1er Informe anual de actividades INSABI 2020, 2021, pp. 251, recuperado de *https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/634209/1ER_INFORME_ANUAL_DE_ ACTIVIDADES_DEL_INSABI.pdf*

Ipas, 2020, Aborto seguro con mifepristona y misoprostol, Blog, 16 de diciembre de 2020, recuperado de *https://ipasmexico.org/2020/12/16/aborto-seguro-con-mifepristona-y-misoprostol/*

IPAS, 2020, Causales de aborto legal, Blog, recuperado de *https://ipasmexico.org/2020/09/30/causales-de-aborto-legal/*

IPAS, 2019, OMS incorpora misoprostol y mifepristona a la "Lista de medicamentos esenciales", Blog, 19 de julio de 2019, recuperado de *https://ipasmexico.org/2019/07/19/oms-incorpora-misoprostol-y-mifepristona-a-la-lista-de-medicamentos-esenciales/*

Janssen, 2022, Nuestra historia en México, recuperado de *https://www.janssen.com/mexico/acerca-de-janssen/nuestra-historia-en-mexico*

Johnson & Johnson, 2022, Historia, recuperado de *https://www.jnjmexico.com/historia-0*

Larios A., 2021, *Desigualdad en el acceso a la salud: panorama del gasto en México*, Fundar, pp. 18, recuperado de *https://fundar.org.mx/wp-content/uploads/2021/12/Desigualdad-en-el-acceso-a-la-salud.pdf*

Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público, recuperado de *https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/14_200521.pdf*

Marcanet, 2014, Center Arfeldt, registro 1505395, recuperado de *https://acervomarcas.impi.gob.mx:8181/marcanet*

Meléndez Navarro, D., 2022, La mortalidad materna en México; deuda del Estado mexicano con las mujeres, *Género de Ideas*, Número 7, 2, 9 de mayo 2022, recuperado de *https://mailchi.mp/f3efee03365a/genero-de-ideas-no-7-09-demayo-2022-9020945*

Merck Sharp and Dohme, 2022, Acerca de nuestra empresa, recuperado de *https://www.corporativo.msd.com.mx/acerca-de-nuestra-empresa/*

Morales A., 2019, Presidencia ordena vetar a empresas farmacéuticas por posible corrupción, *El Universal*, 8 de abril de 2019, recuperado de *https://www.eluniversal.com.mx/nacion/presidencia-ordena-vetar-empresas-farmaceuticas*

Navarro, M. F., 2019, Peña Nieto perdonó 7,705 mdp a las farmacéuticas con más ventas, *Forbes*, 14 de octubre de 2019, recuperado de *https://www.forbes.com.mx/pena-nieto-perdono-7705-mdp-a-las-farmaceuticas-con-mas-ventas/.*

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, recuperado de *http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016#gsc.tab=0*

OCDE, 2020, Tamaño de la contratación pública, en *Panorama de las administraciones públicas América Latina y el Caribe*, recuperado de *https://www.oecd-ilibrary.org/governance/panorama-de-las-administraciones-publicas-america-latina-y-el-caribe-2020_1256b68d-es*

Olvera J., 2021, Histórico fallo de la Suprema Corte abre la puerta a la despenalización del aborto, *Corriente Alterna,* 7 de septiembre de 2021, recuperado de *https://corrientealterna.unam.mx/genero/historico-fallo-de-la-suprema-corte-abre-la-puerta-a-la-despenalizacion-del-aborto/*

OMS, 2015, *La Violencia Contra La Mujer Estrategia Y Plan De Acción Sobre El Fortalecimiento Del Sistema De Salud Para Abordar La Violencia Contra La Mujer*, 67a. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Recuperado de *chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18386/CD549Rev2_esp.pdf?sequence=8&isAllowed=y*

OPS, 2017. *Agenda De Salud Sostenible Para Las Américas 2018-2030 Un llamado a la Acción para la Salud y el Bienestar en la Región*. Washington, D.C. EUA: 29.A Conferencia Sanitaria Panamericana. 69a. Sesión Del Comité Regional De La OMS Para Las Américas, recuperado de *chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49169/CSP296-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y*

Oropeza Eng, J., 2020, *Fondo de Salud para el Bienestar: ¿una herramienta estratégica del INSABI para garantizar el derecho a la salud?*, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, pp. 44, recuperado de *https://fundar.org.mx/wp-content/uploads/2021/12/Fondo-de-salud-para-el-bienestar.pdf*

Ortega A., Nuevo plan salud de AMLO impulsa a IMSS-Bienestar y deja a un lado a Insabi, Expansión, 02 marzo de 2022, recuperado de *https://politica.expansion.mx/mexico/2022/03/02/impulsoa-imss-bienestar-deja-a-un-lado-a-insabi*

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966, recuperado de *https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights*

Pérez Zazueta G., 2013, ProMéxico Secretaría de Economía, pp. 25, recuperado de *https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/62881/130820_DS_Farmaceutica_ESP.pdf*

Poder, 2021, Salud, dinero y corrupción, Boletín de Prensa, Poder, mayo 11, 2021, recuperado de *https://poderlatam.org/2021/05/el-imss-pago-18-mil-mdp-de-sobrecosto-en-compras-de-medicamentos-e-insumos-entre-2008-y-2018/.*

Poder, 2022, QuiénEsQuién.Wiki, 2021, recuperado de *https://www.quienesquien.wiki/es/inicio*

Presupuesto de Egresos de la Federación, 2021, pp. 11, recuperado de *https://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/PEF2021/docs/33/r33_ep.pdf*

Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal, 2016, Secretaría de Salud, recuperado de *http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf*

Ramírez Coronado M., 2021, Bayer Pharma crece a doble dígito y gana mercado en México, *El Economista,* 20 de julio de 2021, recuperado de *https://www.eleconomista.com.mx/empresas/Bayer-Pharma-crece-a-doble-digito-y-gana-mercado-en-Mexico-20210720-0017.html.*

Redacción El Sol de México, 2021, Bayer impugna reforma de México que permite comprar medicinas vía UNOPS, *El Sol de México*, 23 de junio de 2021, recuperado de *https://www.elsoldemexico.com.mx/finanzas/bayer-impugna-reforma-de-mexico-que-permite-comprar-medicinas-via-unops-6878225.html*

Redacción Expansión, 2021, Bayer obtiene un amparo provisional sobre la prohibición del uso de glifosato, *Expansión*, 21 de abril de 2021, recuperado de *https://expansion.mx/empresas/2021/04/21/bayer-amparo-provisional-prohibicion-glifosato*

Rodríguez A., 2021, Estas 10 firmas son las "ganonas" en compra consolidada de fármacos, *El Financiero*, 20 de agosto de 2021, recuperado de *https://www.elfinanciero.com.mx/empresas/2021/08/20/concentran-el-45-de-la-compra-consolidada-de-farmacos-10-firmas/*

Salazar García M., 2010, Los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres en México en el marco jurídico internacional, en Galeana P. (coord.), *Los Derechos Reproductivos de las mujeres en México*, Armando Tellez Reyes, Federación Mexicana de Universitarias AC y UBIJUS editorial, recuperado de *http://femumex.org/docs/revistaDigital/losDerechosSexualesYReproductivosDeLasMujeresEnMexicoEnElMarcoJuridicoInternacional.pdf*

Sarabia D., 2021, Despenalización del aborto en Oaxaca: solo dos clínicas y sin atención a mujeres indígenas, *Animal Político*, 15 de diciembre de 2021, recuperado de *https://www.animalpolitico.com/2021/12/aborto-oaxaca-solo-dos-clinicas-sin-atencion-mujeres-indigenas/*

Simó Martínez RM, 1999, Algo más sobre mifepristona: la píldora RU-486, *Revista Farmacia Hospitalaria*, vol. 23 núm. 1, pp. 70.72, recuperado de *https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-pdf-13005171.*

SSA, 2018, Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, recuperado de *https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/315214/MOE-CNEGSR.pdf*

SSA, 2021, Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024, pp. 139, recuperado de *https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf*

Stendhal, 2021, recuperado de *https://stendhalpharma.com/index.php*

SCJN, 2022, Pleno de la SCJN reconoce la constitucionalidad de disposiciones que permiten el acceso a los servicios de salud para el ejercicio del derecho de las mujeres, niñas, adolescentes y a las personas con capacidad de gestar a la interrupción del embarazo en caso de violación, Comunicado de Prensa 189/2022, 24 de mayo de 2022, recuperado de *https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6912*

SCJN, 2019, ¿Qué ha dicho la Corte sobre el aborto y los derechos humanos?, agosto de 2019, recuperado de *https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/comunicacion_digital/2019-08/INFO_corte_ab-ddhh.pdf*

SCJN, Suprema Corte declara inconstitucional la criminalización total del aborto, Comunicado de prensa 271/2021, 7 de septiembre de 2021, recuperado de *https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6579*

Vega A., Insabi pierde más atribuciones; gobierno federal creará nuevo organismo para administrar recursos del IMSS Bienestar, *Animal Político*, 4 de agosto de 2022, recuperado de *https://www.animalpolitico.com/2022/08/insabi-gobierno-federal-organismo-para-administrar-recursos-imss-bienestar/*

FUNDAR, CENTRO DE ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN A. C.

DIRECTORA EJECUTIVA | HAYDEÉ PÉREZ GARRIDO

ASAMBLEA DE PERSONAS ASOCIADAS

PRESIDENTE | ERNESTO VELASCO SÁNCHEZ

SECRETARIA | RACHEL SIEDER

TESORERA | EMILIENNE DE LEÓN

VOCAL | CHRISTIAN GRUENBERG

VOCAL | FELIPE JOSÉ HEVIA DE LA JARA

INTEGRANTE | DARWIN FRANCO

INTEGRANTE | ALBERTO OLVERA

INTEGRANTE | KRISTINA PIRKER

INTEGRANTE | RICARDO RAPHAEL

INTEGRANTE | PEDRO SALAZAR

fundar
Centro de Análisis e Investigación

SALUD PARA TODES
Estudios sobre salud pública

www.fundar.org.mx