

...”

“Art. 73.- El Congreso tiene facultad:

I. a XV. ...

XVI.- Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

1a.- El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2a.- En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3a.- La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.

4a.- Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la Campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan.

XVII. a XXXI. ...”

En este sentido, es absolutamente claro, que el constituyente permanente brindó al Congreso de la Unión tanto de legislar en materia presupuestaria, como en materia de salud pública.

Consideraciones.

Uno de los propósitos más importantes que puede tener un país, es la posibilidad de brindarle servicios básicos de salud a todos sus habitantes sin discriminación alguna, es decir, independientemente de su condición socioeconómica, de raza, de edad, de origen étnico, género, preferencia sexual, o cualquiera otra.

Por esta razón, nuestro país ha intentado desde hace muchos años ir avanzando en la cobertura que ofrece el sector salud para abarcar a cada vez más habitantes con el objetivo final de alcanzar la tan anhelada cobertura universal en salud.

Así, a través de los años, hemos ido dando pasos importantes en esta materia desde la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en los años 40s, la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a finales de los años 50s, y posteriormente, la puesta en marcha del Sistema Social de Protección en Salud, mejor conocido como Seguro Popular en el año 2004.

Con este último gran esfuerzo por ejemplo, pasamos de una situación en la que en el año 2002 solo el 50% de la población estaba cubierta por algún seguro de salud público, a una en la que ya el 89% de la población cuenta con alguna forma de cobertura en salud.¹

Todos estos esfuerzos han rendido magníficos frutos. Ciertamente hemos avanzado mucho en materia de salud en México en las últimas décadas. Hemos aumentado la esperanza de vida, hemos reducido las tasas de mortalidad infantil, hemos ampliado constantemente la cobertura en atención médica, hemos avanzado significativamente en abatir enfermedades propias de países en subdesarrollo como las infecto-contagiosas, pero sin duda, tanto el cambio demográfico, con el cual nuestra población está incrementando su edad promedio, como la transición epidemiológica, con la cual vemos aumentar los factores de riesgo como la obesidad, el sobrepeso y el tabaquismo, así como una alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas como las cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y la hipertensión, nos presentan enormes retos hacia el futuro.

Por un lado, está el reto que significa ese 11% de la población que aún no cuenta con servicio de salud alguno. No es poca gente, estamos hablando, según reportes de la Auditoría Superior de la Federación, de 14 millones de personas que se encuentran en esta situación.²

Y por otro lado, está el reto de homologar los servicios que prestan los diversos sistemas o subsistemas de salud, ya que hasta ahora, la cobertura universal en salud que tanto deseamos, ha sido vista solo desde la dimensión de la afiliación a un seguro de salud público, pero afiliación y cobertura no son necesariamente sinónimos. De acuerdo con el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), “La cobertura universal en salud implica tres dimensiones que responden a las preguntas: ¿a quién cubre el sistema de salud?, ¿qué servicios cubre el sistema de salud? y ¿cuánto aporta el sistema de salud?. Por lo tanto, la afiliación universal es necesaria para alcanzar la cobertura universal en salud; sin embargo, ésta no es condición única. Los paquetes de servicios entre instituciones deben ser similares si lo que se desea es igualdad en el acceso a los servicios médicos, no heterogéneos como son actualmente.”³

Para hablar de verdadera cobertura, tenemos que asegurarnos de que los distintos sistemas de salud pública sean razonablemente similares en cuanto a los servicios que prestan, las enfermedades que cubren, el financiamiento asociado, los medicamentos que ofrecen, la disponibilidad real de los mismos, las instalaciones y los equipos, la cantidad y la formación del personal médico, es decir, la calidad misma de los servicios de salud.

En tanto siga habiendo grandes diferencias entre el servicio que en materia de salud recibe un afiliado del ISSSTE y el que recibe un afiliado del Seguro Popular por ejemplo, no podremos hablar de que tenemos un sistema justo.

Por eso, un neonato con una cardiopatía nacido en el hospital público de determinada entidad federativa puede llegar a tener hasta ocho veces más probabilidad de vivir, que el nacido en otro hospital público de otro Estado de la República.

El sistema discrimina en función de la situación laboral. No se te atenderá igual si eres burócrata que si eres jornalero, si eres obrero o si eres desempleado, o incluso si trabajas para el Estado, no será lo mismo serlo para una entidad federativa o municipio que serlo en la Federación, o incluso si eres servidor público de la Federación, no será lo mismo trabajar para las fuerzas armadas que para cualesquier otra dependencia.

Para tener un sistema verdaderamente universal, tenemos que abordarlo desde las tres dimensiones: universal en el sentido de que cubre a todas las personas; universal en el sentido de que se evite la segmentación, es decir, que todas y todos sean atendidos bajo las mismas reglas y condiciones, que todas y todos contemos con servicios de salud de la misma calidad, efectividad, costo y accesibilidad; y universal en el sentido de que el sistema se financie con justicia.

El financiamiento por ejemplo, también genera iniquidad geográfica. El gasto total en salud por persona difiere enormemente de acuerdo a la entidad federativa de que se trate. Así, mientras que en Aguascalientes se gastan más de 25 mil pesos per cápita al año en salud, en el Estado de México apenas llega a los 2 mil pesos.⁴

Y con el tema del financiamiento del sector salud es que llegamos al punto que con esta iniciativa se quiere atender. En tanto no haya un financiamiento suficiente y permanente, los grandes retos de alcanzar la cobertura universal con servicios de calidad para todas y todos no serán resueltos.

Hoy por hoy, la inversión pública en el sector salud apenas alcanza en este año 2018 los 2.5 puntos del Producto Interno Bruto. Este es el nivel más bajo, en términos reales, desde el año 2009. De hecho, en el año 2013 por ejemplo, el gasto en salud en todo el sector, casi alcanzaba los 3 puntos del Producto Interno Bruto, y en este 2018, como hemos dicho, apenas alcanzó los 2.5 puntos, es decir, ha habido una disminución real en el gasto que se hace en todo el sector.

En todo lo que va de este sexenio que está terminando, año con año, se ha venido observando esta disminución, y no parece que pueda culparse de ello a la legisladora, ya que también año con año, ha venido aprobando en esta materia lo que ha venido proponiendo el Ejecutivo Federal, incluso en algunas ocasiones, con incrementos respecto de lo que se ha planteado en el proyecto de presupuesto de egresos.

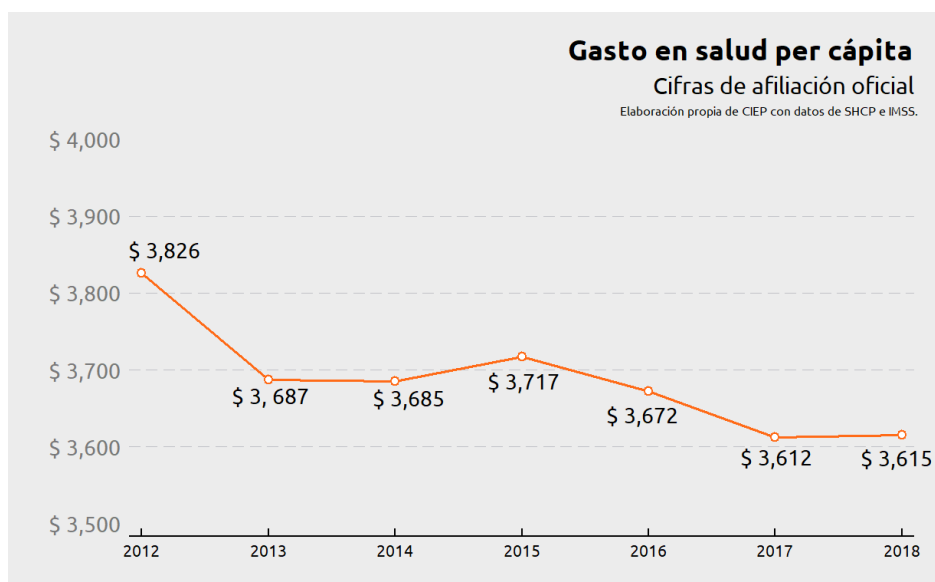
Así, cada vez estamos más lejos de invertir en salud lo que deberíamos, en términos de lo que recomiendan prestigiadas instancias internacionales como la Organización Mundial de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud, recomienda que todos los países ofrezcan a la población un paquete de servicios esenciales de salud, que adaptado al caso mexicano, implicaría la necesidad de erogar 4.6 puntos del Producto Interno Bruto. Es decir, estamos prácticamente a la mitad del objetivo en materia de financiamiento de los servicios de salud pública.

Si consideramos el cambio demográfico y la transición epidemiológica a que nos hemos referido, por los cuales ahora las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer se colocan como los padecimientos más mortíferos para los mexicanos, tendríamos que estar realizando incrementos en el presupuesto para la salud superiores al 4% anual. En cambio, lo cierto es que en términos reales, el presupuesto ha ido disminuyéndose.

De acuerdo con información del CIEP, “Año con año, el gobierno federal ha destinado menos dinero a procurar la salud de los mexicanos. En seis años, el gasto por persona en salud disminuyó un 5.5 por ciento en México, al pasar de 3 mil 826 pesos al año a 3 mil 615 pesos. [...] El presupuesto destinado a la función salud se contrajo un 2 por ciento entre el 2012 y el 2018 y pasó de 580 mil millones de pesos a 569 mil millones, en términos reales. La disminución ocurre a pesar de que para el 2018 hubo un ligero aumento en el presupuesto a salud, superior en apenas 0.6 por ciento

respecto al año pasado”.⁵



Aun considerando que, como reporta el CIEP, de 2017 a 2018 hubo un ligero incremento del 0.6% en términos reales, es de tomarse en cuenta que en especial el Sistema Social de Protección en Salud sí vió disminuido su presupuesto en un 3.2% real, que es justamente con lo que se atiende a la población con mayor vulnerabilidad social y económica, dentro del universo de quienes cuentan con cobertura en salud.

Cuadro 2. Gasto programable en las subfunciones de la función Salud, 2017-2018
(Millones de pesos corrientes y porcentajes)

Denominación	PEF-2017		PEF-2018		Variación porcentual real ²
	Monto	Distribución %	Monto	Distribución %	
Total¹	535,645.2	100.0	564,935.7	100.0	0.6
Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad	23,016.6	4.3	25,231.3	4.5	4.6
Prestación de Servicios de Salud a la Persona	347,663.6	64.9	372,273.0	65.9	2.2
Generación de Recursos para la Salud	10,776.1	2.0	10,800.2	1.9	-4.4
Rectoría del Sistema de Salud	9,433.7	1.8	9,869.9	1.7	-0.2
Protección Social en Salud	144,755.1	27.0	146,761.2	26.0	-3.2

Nota: Las sumas de los parciales pueden no coincidir con el total debido al redondeo de cifras.

¹ La clasificación funcional del gasto ha sido estructurada en 4 finalidades identificadas por el primer dígito de la clasificación, 28 funciones identificadas por el segundo dígito y 111 subfunciones correspondientes al tercer dígito (CONAC, 2010).

² Neto de aportaciones al ISSSTE y subsidios, transferencias y apoyos fiscales a entidades de control directo y empresas productivas del Estado.

³ Deflactado con el Índice de Precios Implícito del Producto Interno Bruto 2018=100, con una variación anual de 4.8%.

Fuente: Elaboración propia con información del PEF 2017 y 2018, SHCP.

En general, comparado con el gasto que hacen los países de la OCDE, estamos al 50% respecto de la inversión promedio que esos países hacen. Y considerando el gasto privado en salud, en México alcanzamos 5.8% del Producto Interno Bruto, en tanto que los países de la OCDE llegan al 9%. Lo más grave es que nuestra inversión en salud se ha estancado, y hasta retrocedido en los últimos años, mientras que los países de la OCDE están incrementando año con año su inversión en esta materia. Es decir, cada vez nos rezagamos más respecto del resto del mundo.

Preocupa sobremanera por ejemplo, que en el sexto informe de gobierno del presidente Peña Nieto se refiera que el Seguro Popular alcanzó una afiliación de 53.3 millones de beneficiarios, cuando sabemos que en el año 2012 ya se contaba con 52.9 millones de beneficiarios, lo cual quiere decir, que en todo el sexenio solo se afiliaron 400 mil personas más, esto es un magro crecimiento de apenas el 0.75%; prácticamente nada. Es evidente que el objetivo debió ser el de atender a esas 14 millones de personas que aun están desprotegidas en materia de servicios de salud.

Se trata de millones de familias que aún no cuentan con acceso a los servicios de salud, y muchas de ellas, su gran mayoría, son familias de escasos recursos y de las más desfavorecidas de México, que por esa misma razón tampoco pueden atenderse en un servicio privado. Lamentablemente hoy por hoy, en nuestro país se siguen muriendo personas por razones económicas, por no tener el dinero para atenderse o comprar medicinas. Esto tiene que cambiar y tiene que cambiar pronto.

Si a los decrementos presupuestales que hemos venido observando en los últimos años para el sector salud, que de suyo contravienen lo dispuesto por el Plan Nacional de Desarrollo, agregamos el hecho de que la autoridad hacendaria realiza recortes adicionales mediante sus propias adecuaciones presupuestales, tenemos que, en realidad el problema es mucho mayor. Sin una mínima certeza en términos presupuestarios, no puede haber una correcta planeación y mucho menos una buena administración; el cumplimiento de metas y objetivos queda en entredicho, y el avance hacia el logro de los grandes propósitos nacionales definitivamente truncado.

De continuar con esta tendencia a la baja en los presupuestos de salud, el país no podrá contar con las herramientas necesarias para enfrentar el cambio demográfico con el que las y los mexicanos estamos pasando de conformar una población principalmente joven a una población mayoritariamente adulta con mas necesidades de atención médica y con mayor esperanza de vida.

No está de más recordar que con la reforma constitucional en materia de derechos humanos realizada en 2011, México incorporó a su plenamente a su régimen jurídico con el mayor nivel jerárquico los derechos humanos consagrados en tratados y convenciones internacionales de las que es parte, como es el caso de la Declaración Universal de Derechos Humanos por la cual, como Estado parte, nos hemos comprometido a que evitar cualquier acción o medida que vaya en detrimento o suprima los derechos humanos ahí consagrados. Desde nuestro punto de vista, reducir año con año los presupuestos públicos en materia de salud y realizar adecuaciones presupuestales durante el ejercicio del gasto que implican recortes al mismo va a contrapelo del compromiso que hemos asumido frente al concierto de las naciones y frente a la humanidad, ya que el derecho a la salud es uno de esos derechos humanos que en todo caso, a la luz del principio de progresividad de los derechos humanos, debería ir ampliándose en vez de sufrir retrocesos.

A efecto de corregir esta lamentable tendencia presupuestaria en materia de salud, estamos proponiendo reformar la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, en la parte relativa a la facultad del Ejecutivo de realizar adecuaciones presupuestarias, concretamente en el artículo 58, a efecto de prohibir que estas adecuaciones impliquen una reducción presupuestaria para la función salud.

Por otra parte, proponemos también, una adición al artículo 19 de la Ley General de Salud, a efecto de lograr que tanto la Federación como las entidades federativas, tengan prohibido aprobar presupuestos en salud menores en términos reales a los aprobados en los ejercicios fiscales que les antecedan, así como para que queden obligadas a aumentar dichos presupuestos en la misma

proporción en que se estime (en su caso) el incremento en el Producto Interno Bruto en los Criterios Generales de Política Económica que forman parte del paquete fiscal de cada año.

Es evidente que sería un avance muy parcial, el solo aprobar una reforma legal que obligare a la Federación y las entidades federativas a incrementar año con año sus presupuestos en salud si no la acompañamos de otra reforma legal que impida que ya en el ejercicio del presupuesto no puedan realizarse adecuaciones presupuestarias a la baja, es decir, recortes o reducciones. Por esta razón, hemos planteado en este proyecto de decreto, ambas modificaciones, a la Ley General de Salud para obligar los aumentos, y a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria para impedir los recortes.

Es pertinente decir, que esto que estamos proponiendo, que en buena medida recoge también inquietudes que ya antes legisladoras y legisladores de Acción Nacional habían planteado, no son extrañas en el marco jurídico nacional.

En el caso del desarrollo social por ejemplo, ya en el artículo 18 de la Ley General de Desarrollo Social, se establece que los fondos y programas en esta materia no podrán sufrir disminuciones, mientras que en su artículo 20 se dispone que los presupuestos en estos ramos aumentarán cada ejercicio fiscal en la misma proporción en la que incremente el Producto Interno Bruto.

La Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, por su parte, en ese mismo artículo 58 que hoy queremos tocar, ya contempla la prohibición de realizar recortes presupuestarios a ciertos rubros tales como los relacionados con la igualdad entre mujeres y hombres, y los destinados a ciencia y tecnología, así como los relativos al desarrollo de pueblos y comunidades indígenas, y para grupos vulnerables.

Por todo lo anterior, tenemos que entender que la capacidad de progreso que tiene un país, está en buena medida determinado por la salud de su gente, pero lo que es más importante, es que el trato que una sociedad da a sus miembros más desvalidos, habla mejor que ninguna otra cosa acerca del tipo de sociedad de que se trata. En esta materia no caben los regateos.

Cuadro comparativo.

En el cuadro a continuación se detallan las modificaciones que dan cuenta de la propuesta de reformas contenidas en el presente proyecto de Decreto.

TEXTO VIGENTE Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	PROPUESTA Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
Artículo 58.- Las adecuaciones presupuestarias se realizarán siempre que permitan un mejor cumplimiento de los objetivos de los programas a cargo de las dependencias y entidades, y comprenderán: I. Modificaciones a las estructuras: a) Administrativa; b) Funcional y programática;	... I. ... a) ...

<p>c) Económica; y d) Geográfica</p> <p>II. Modificaciones a los calendarios de presupuesto, y</p> <p>III. Ampliaciones y reducciones líquidas al Presupuesto de Egresos o a los flujos de efectivo correspondientes.</p> <p>El Reglamento establecerá las adecuaciones presupuestarias externas de las dependencias que requerirán la autorización de la Secretaría y el procedimiento correspondiente, así como aquél para las adecuaciones presupuestarias de las entidades a que se refiere el artículo siguiente.</p> <p>Las adecuaciones presupuestarias internas serán autorizadas por las propias dependencias y entidades informando al respecto a la Secretaría, en los términos de lo dispuesto en el Reglamento.</p> <p>Cuando las adecuaciones presupuestarias representen en su conjunto o por una sola vez una variación mayor al 5 por ciento del presupuesto total del ramo de que se trate o del presupuesto de una entidad, la Secretaría deberá reportarlo en los informes trimestrales. Con base en esta información, la Comisión de Presupuesto y Cuenta Pública podrá emitir opinión sobre dichas adecuaciones.</p> <p>No se podrán realizar reducciones a los programas presupuestarios ni a las inversiones dirigidas a la atención de la Igualdad entre Mujeres y Hombres, al Programa de Ciencia, Tecnología e Innovación; las erogaciones correspondientes al Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas y Comunidades Indígenas y la Atención a Grupos Vulnerables, salvo en los supuestos establecidos en la presente Ley y con la opinión de la Cámara de Diputados.</p>	<p>b) ... c) ... d) ... II. ... III. ...</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>No se podrán realizar reducciones a los programas presupuestarios ni a las inversiones dirigidas a la función salud, a la atención de la Igualdad entre Mujeres y Hombres, al Programa de Ciencia, Tecnología e Innovación; las erogaciones correspondientes al Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas y Comunidades Indígenas y la Atención a Grupos Vulnerables, salvo en los supuestos establecidos en la presente Ley y con la opinión de la Cámara de Diputados.</p>
TEXTO VIGENTE	PROPUESTA

Ley General de Salud	Ley General de Salud
<p>ARTICULO 19.- La Federación y los gobiernos de las entidades federativas, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, aportarán los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de los servicios de salubridad general, que queden comprendidos en los acuerdos de coordinación que al efecto se celebren.</p>	<p>...</p>
<p>Los recursos que aporten las partes quedarán expresamente afectos a los fines del acuerdo respectivo y sujetos al régimen legal que les corresponda. La gestión de los mismos quedará a cargo de la estructura administrativa que establezcan, coordinadamente, la Federación y los gobiernos de las entidades federativas.</p>	<p>...</p>
	<p>El presupuesto que la Federación y los gobiernos de las entidades federativas destinen para el gasto en salud, deberá incrementarse cada ejercicio fiscal al menos en la misma proporción en que se estime el incremento del Producto Interno Bruto en los Criterios de Política Económica, y en ningún caso podrá ser menor, en términos reales, al que hayan asignado para el ejercicio fiscal inmediato anterior.</p>

En virtud de lo antes expuesto, sometemos a la consideración de esta soberanía, la siguiente:

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL CUAL SE REFORMA EL ÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 58 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDAD HACENDARIA Y SE ADICIONA UN TERCER PÁRRAFO AL ARTÍCULO 19 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, PARA GARANTIZAR QUE EL PRESUPUESTO EN SALUD SIEMPRE PRESENTE UNA TENDENCIA A LA ALZA

ARTÍCULO PRIMERO. Se reforma el último párrafo del artículo 58 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, para quedar como sigue:

Artículo 58. ...

I. a III. ...

...

...

...

Ni se podrán realizar reducciones a los programas presupuestarios ni a las inversiones dirigidas a

la función salud, a la atención de la Igualdad entre Mujeres y Hombres, al Programa de Ciencia, Tecnología e Innovación; las erogaciones correspondientes al Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas y Comunidades Indígenas y la Atención a Grupos Vulnerables, salvo en los supuestos establecidos en la presente Ley y con la opinión de la Cámara de Diputados.

ARTÍCULO SEGUNDO. Se adiciona un tercer párrafo al artículo 19 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 19. ...

...

El presupuesto que la Federación y los gobiernos de las entidades federativas destinen para el gasto en salud, deberá incrementarse cada ejercicio fiscal al menos en la misma proporción en que se estime el incremento del Producto Interno Bruto en los Criterios de Política Económica, y en ningún caso podrá ser menor, en términos reales, al que hayan asignado para el ejercicio fiscal inmediato anterior.

Transitorio

Único. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en el Salón de Sesiones del Senado de la República, el día 16 de noviembre del año dos mil dieciocho.

¹ Cfr. KPMG. “*Transitar hacia una cobertura universal de salud*”, (boletín), 2017. Consultable en: <https://home.kpmg.com/mx/es/home/tendencias/2017/02/cobertura-universal-salud-mexico.html>

² Cfr. ASF. Primera entrega de informes individuales, fiscalización superior de la cuenta pública 2017, p. 5. Consultable en: https://www.asf.gob.mx/uploads/55_Informes_de_auditoria/Mensaje_ASF_Entrega_2017_29_06_18.pdf

³ CIEP. “*Sistema Universal de Salud: retos de cobertura y financiamiento*”, (boletín), 05 Jun 2018. Consultable en: <http://ciep.mx/sistema-universal-de-salud-retos-de-cobertura-y-financiamiento/>

⁴ Cfr. Méndez Méndez, Judith Senyacen. “*Gasto en salud: por entidad federativa*”. CIEP (boletín), 08 Ago 2018. Consultable en: <http://ciep.mx/gasto-en-salud-por-entidad-federativa/>

⁵ Cfr. Méndez Méndez, Judith Senyacen. “*Gasto en salud per cápita: menos usuarios del sistema de salud*”. CIEP (análisis), 02 Feb 2018. Consultable en: <http://ciep.mx/gasto-en-salud-a-la-baja/> y en: <http://ciep.mx/gasto-en-salud-per-capita-menos-usuarios-del-sistema-de-salud/>

NOTA: El cuadro identificado como “Cuadro 2. Gasto programable en las subfunciones de la función salud, 2017-2018”, fue tomado de: Instituto Belisario Domínguez, “Recursos destinados al sector salud en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2018”, (análisis), p. 2. Consultables en: <http://bibliodigitalbd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/3832/1%20Publicación%20Recursos%20destinados%20al%20sector%20salud%20PEF%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>