

Llamamiento No. 2

Anuncio de la Campaña Cero Listas de Espera por el Acceso Efectivo a la Salud

Julio 13, 2015

El pasado mes de mayo iniciamos la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza para promover la movilización ciudadana a fin de enfrentar las causas que generan pobreza y desigualdad. Los objetivos de la Acción se centran en lograr una economía incluyente, el ejercicio efectivo de los derechos sociales y los mecanismos de participación ciudadana para vigilarlos y hacerlos exigibles.

Para avanzar en el ejercicio de derechos sociales, estamos iniciando con el derecho a la salud. Hoy presentamos la Campaña Cero Listas de Espera para promover el acceso efectivo a la salud de toda la población, especialmente de quienes viven en condición de pobreza y exclusión social.

Con esta campaña convocamos a la ciudadanía a exigir y a vigilar que se cumpla nuestro derecho a la salud y se eliminen las barreras que impiden la prestación efectiva de servicios.

La salud es un derecho humano básico. **El sistema de salud en México está enfermo.** Sus padecimientos afectan su vigor, su capacidad y su vitalidad por lo que requieren *atención de urgencia y tratamiento* adecuado.

La carencia de acceso efectivo a la salud afecta a los más pobres y profundiza la desigualdad.

El recorte al presupuesto de 2016 no debe afectar la prestación efectiva de servicios de salud. Por el contrario se requiere ampliar la cobertura de los servicios para quienes aún carecen de acceso a la salud, especialmente para quienes carecen de seguridad social.

Se debe garantizar el derecho a la salud

Las y los mexicanos tenemos derecho a la salud y el Estado Mexicano debe garantizarlo.

La salud es un derecho humano establecido en tratados internacionales ratificados por México y reconocido por nuestra Constitución en su art. 1º.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure a toda persona la salud y el bienestar, así como la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. (Art. 25).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU obliga al Estado Mexicano a reconocer el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental. Así como a adoptar medidas para asegurar la plena efectividad de este

derecho, mediante la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (Art. 12).

Desde el año 2003 se estableció el derecho a la protección social en salud en el artículo 4º de la Constitución.

Como parte de esa reforma, se aprobó un nuevo capítulo en la Ley General de Salud para crear y regular el “Sistema de Protección Social en Salud” (que se conoce como “Seguro Popular”).

Esa reforma estableció un compromiso de incremento gradual hasta llegar a la cobertura total o “universal” de toda la población para el año 2010. A cinco años de haberse vencido ese plazo, este compromiso no se ha cumplido.

Padecimientos del sistema público de salud

El sistema público de salud debe garantizar el derecho a la salud para todos. Reconocemos su vitalidad y los avances logrados. Pero nos preocupan sus *síntomas de enfermedad* que impiden el ejercicio del derecho a la salud para todas las personas.

Diversos análisis y estudios permiten ver la “*radiografía*” de los *padecimientos* que afectan la capacidad y efectividad del sistema de salud. Presentamos un conjunto de *señales de alerta* que muestran la *gravedad* de los *padecimientos* del sistema público de salud en México.

1. *Padecimiento congénito: un sistema fragmentado*

A nivel *congénito*, desde su origen el sistema público de salud está fragmentado y segmenta la atención a la población con base en su condición laboral. Las mexicanas y mexicanos reciben diferente protección a la salud según su contrato laboral.

Hay 5 instituciones públicas que proveen servicios médicos asociados a la seguridad social a nivel nacional, hay más de dos docenas de instituciones de seguridad social para trabajadores de los estados y municipios, y hay 32 sistemas estatales que proveen servicios médicos vinculados al Sistema de Protección en Salud o “Seguro Popular”, bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Por normatividad entre todas estas instituciones hay diferencias en los recursos públicos asignados, en la cobertura de enfermedades, en los tratamientos, medicamentos e intervenciones incluidos por cada servicio y en su calidad.

Esta fragmentación genera diferencia de trato en el ejercicio del derecho a la salud para mexicanos y mexicanas. Esto viola el principio de universalidad y el derecho a la no discriminación previsto en el artículo 1º de nuestra Constitución.

La fragmentación afecta sobretodo a 25 millones de personas que están totalmente excluidas. Pese a los anuncios hechos en 2012, tanto en informes oficiales como en spots publicitarios, aún no contamos con cobertura total de salud. Los datos del CONEVAL para 2012 muestran que 21% de la población, es decir 25.2 millones de personas, no tiene acceso a servicios de salud.

1. *Padecimiento crónico: inequidad que afecta a quienes viven en pobreza y en zonas con mayor rezago social*

El sistema público de salud presenta también un problema *crónico* de inequidad que produce desigualdad de trato para quienes viven en condición de pobreza. La población de mayores ingresos recibe más recursos y mejores servicios que quienes viven en condición de pobreza.

El “paquete de servicios y tratamientos” del “Seguro Popular” es mucho menor al de la seguridad social a través del IMSS, el ISSSTE o instituciones similares.

La carencia de seguridad social que padece el 61% de la población afecta sobretodo a los más pobres. Solo el 4% de los hogares con menores ingresos (el decil I) tiene seguridad social, mientras el 63% de los hogares con mayores ingresos (el decil X) tiene seguridad social. Esto es una diferencia de 15 a 1 entre el 10% que tiene los ingresos más altos y el 10% que tiene los ingresos más bajos.

El Estado Mexicano gasta cada año \$2,000 pesos más por persona para quienes tienen seguro social que para quienes no lo tienen.[\[1\]](#) .

1. *Padecimientos digestivo y circulatorio: recursos que no se asimilan, no rinden y no llegan a donde deben llegar*

El padecimiento “*digestivo*” del sistema de salud afecta el correcto aprovechamiento de los recursos. El sistema público de salud ha sido “*alimentado*” con recursos crecientes en los últimos 10 años y esto no se refleja en un incremento en la capacidad y la calidad de la atención.

Entre 2004 y 2013 el gasto público total en salud pasó de 231 mil millones de pesos a 524 mil millones, esto es un incremento de 58% en términos reales.

El principal incremento ha sido para población sin seguridad social, pasando de 75 mil millones de pesos en 2004 a 232 mil millones de pesos en 2013. Esto es un incremento de más del doble en términos reales, o sea 114% más.[\[2\]](#) Este incremento presupuestal no se ha traducido en un incremento similar en la capacidad, en la calidad y en la oportunidad de la atención en salud.

Los recursos no se “*digieren*” bien, porque hay un *padecimiento circulatorio*. Los presupuestos para la atención a población sin seguridad social se canalizan a los gobiernos

estatales, que son los responsables de la prestación de los servicios a través de los Servicios Estatales de Salud.

El *padecimiento circulatorio* impide que los recursos lleguen a tiempo y en cantidad a donde deben llegar. Es decir, a las unidades de salud, tanto a las de primer nivel que prestan servicios ambulatorios o de consulta externa, como a las de segundo y tercer nivel que ofrecen servicios de hospitalización.

Pese al incremento de recursos totales en 58% y más del doble (114%) para población sin seguridad social, entre 2004 y 2013 el número total de unidades de salud se incrementó sólo en 14%; el número de establecimientos con servicios de hospitalización se incrementó en 23% y sólo hay 13% más camas en hospitales.

1. *Padecimiento inmunológico: Mecanismos de defensa desarticulados*

Los mecanismos de “*defensa*” del sistema de salud no están bien articulados y se están deteriorando. El sector salud cuenta con sistemas de información sobre calidad de los servicios y atención a quejas. Sin embargo, no están bien integrados porque se alimentan parcialmente, pero sobretodo porque están aislados de la gestión directa y de la toma de decisiones.

Por ejemplo, los indicadores de calidad del sistema INDICAS no están completos para el conjunto de establecimientos de salud y tampoco se conectan con las decisiones de planeación y gestión de los recursos.

La ciudadanía no cuenta con medios ágiles, sencillos y efectivos de exigibilidad. El Aval Ciudadano tiene instrumentos y materiales muy bien elaborados, pero carece de medios para hacer exigible la atención y tiene poca o nula influencia en la gestión de los servicios.. En la práctica es una contraloría social sin autonomía porque depende de la Dirección General de Calidad de la Secretaría de Salud y sus contrapartes en los estados.

1. *Una grave señal de alerta: no se reduce la mortalidad materna*

Entre las señales de alerta, concluimos con una que representa un escándalo a nivel internacional. El único de los Objetivos del Milenio que México no cumplirá es la reducción de la mortalidad materna..

Bastaría solo ese indicador para generar una señal de alerta urgente sobre el sistema de salud. Este objetivo es un parámetro mínimo, destinado a países de muy bajo desarrollo. Resulta inaceptable que el incremento de recursos no haya sido efectivo para alcanzar este objetivo mínimo.

1. *Tratamiento que no funciona bien*

El *tratamiento* para enfrentar algunos de los *padecimientos* del sistema de salud no está funcionando. El sistema financiero creado para garantizar protección social en salud para la

población sin afiliación a la seguridad social -conocido como “Seguro Popular”- presenta deficiencias en su gestión y organización.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud tiene un presupuesto federal de \$77,394 millones de pesos en 2015 que en su mayoría se canalizan a los estados. Su presupuesto se ha multiplicado por 16 entre 2004 y 2015. Los gobiernos estatales deben aportar además otros 25 mil millones de pesos más, para un total de 100 mil millones de pesos en 2015.

El *tratamiento* no ha logrado cumplir su promesa original: colocar estos recursos en la prestación del servicio y evitar el “gasto de bolsillo” para las personas.[\[3\]](#)

De acuerdo con los expertos, el máximo de gastos de bolsillo sería entre 15 y 20% del total. En México, los gastos de bolsillo, es decir, el costo que deben cubrir las personas en caso de necesidad de un servicio, medicamento o tratamiento, representa el 44% del total.

El crecimiento de los consultorios adyacentes a farmacias privadas es un *síntoma* evidente de la incapacidad de los servicios públicos para garantizar atención oportuna y ágil.

Un estudio del Instituto Nacional de Salud Pública muestra que el casi el 70% de los usuarios de consultorios adyacentes a farmacias están afiliados: 39% al “Seguro Popular” y 29.5% a la seguridad social.

Hay evidencia de que en estos consultorios se recetan más medicinas, lo cual incrementa el gasto de las personas (gasto de bolsillo). Un estudio de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) estima que el 79% del gasto total en medicamentos en México lo pagan las personas como gasto de bolsillo.

Se requiere un conjunto de intervenciones urgente y de fondo

Proponemos a la sociedad mexicana unir las voces y todos los esfuerzos en torno a un objetivo y cinco exigencias:

El objetivo es **construir un sistema de salud integrado que garantice acceso efectivo a servicios de salud a toda la población, sin distinción de su régimen laboral.**

Las cinco exigencias son:

1. Que se cumpla la cobertura universal de salud para toda la población,.
2. Que se homologuen progresivamente los tratamientos accesibles para toda la población con base en los más altos estándares de la seguridad social .
3. Que se establezcan responsabilidades de gestión y rendición de cuentas para los servicios estatales de salud.
4. Que se genere un mecanismo de exigibilidad para el acceso efectivo a la salud.
5. Que se transparenten los indicadores de calidad de atención y acceso efectivo a los servicios a nivel de cada establecimiento de salud.

6. La primera exigencia de la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza es que se cumpla con la cobertura para toda la población, a fin de que todas las personas, sin distinción de su contrato laboral, puedan tener acceso a servicios de salud con calidad y oportunidad como lo establecen la Constitución y la Ley General de Salud.

Para ello, **la Secretaría de Salud debe establecer un plan multianual de incremento de cobertura del Sistema de Protección Social en Salud.** En un plan de crecimiento gradual, los hogares con menor ingreso y las zonas con mayor rezago social deben ser priorizados. El padrón único de usuarios de los servicios públicos de salud es imprescindible para dar cobertura a toda la población.

2. La construcción de un sistema de salud integrado requiere **ampliar gradualmente el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) del “Seguro Popular” y la cobertura del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos** con el horizonte fijo en un sistema único, integrado, con tratamientos homologados, que cumpla con el art. 1º de la Constitución.

La Secretaría de Salud debe establecer un plan multianual con metas a 10 años para lograr la integración del sistema, la ampliación de tratamientos cubiertos hacia la homologación y la equidad en el gasto público en salud para toda la población, conforme a los principios de universalidad y progresividad. El principio de progresividad es esencial para lograr la homologación de la cobertura conforme a los más altos estándares de atención logrados por la seguridad social en nuestro país y evitar posibles regresiones. [\[4\]](#)

3. Los recursos destinados a la salud no pueden recortarse. #PresupuestoSinMoches es una exigencia de transparencia y es también una exigencia de priorización.

En 2016 se debe incrementar la cobertura del Sistema de Protección Social en Salud para que a más tardar en 2018 se logre el acceso a servicios de salud para toda la población.

Para evitar el dispendio o desviación de los recursos, el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (DPEF) y la Ley General de Salud deben fijar responsabilidades y establecer una real rendición de cuentas para obligar a los gobiernos de los estados a aplicar los recursos presupuestales de salud de manera eficiente y transparente.

Este Decreto (DPEF) debe obligar a los Servicios Estatales de Salud a generar información transparente, clara, suficiente y oportuna sobre el flujo de recursos para cada uno de los establecimientos con un desglose claro y completo.

Todos los recursos del Sistema de Protección Social en Salud, federales y estatales, deben transparentarse a fin de que las unidades médicas cuenten con el personal, el equipamiento, los insumos y en general las condiciones para atender a la población afiliada. Por ningún motivo se puede sustituir la prestación de estos servicios por su monetarización y privatización a través de “vales” que desvíen recursos públicos a farmacias privadas.

4. El acceso debe ser efectivo. No basta la afiliación de papel. **Las autoridades de Salud a nivel federal, los responsables de las instituciones de seguridad social y especialmente a nivel de las entidades federativas deben generar un mecanismo de exigibilidad** para que toda persona afiliada reciba la atención que requiere, de manera oportuna, completa y adecuada.

La población debe contar con mecanismos de atención inmediata a quejas por la negación o dilación del servicio. Este mecanismo debe corregir en tiempo oportuno la posposición o negación de servicios de consulta externa, tratamientos, medicamentos e intervenciones quirúrgicas y contar con amplia participación ciudadana.[\[5\]](#)

5. Para iniciar la transformación, **los Servicios Estatales de Salud y las instituciones de seguridad social deben contar con indicadores y evaluaciones de acceso efectivo a la salud.** La Comisión Nacional de Protección Social en Salud debe normar y supervisar el cumplimiento con estándares de acceso efectivo y establecer formas efectivas de transferencia de recursos por parte de los Servicios Estatales de Salud hacia la prestación del servicio.

El monitoreo constante de indicadores de acceso efectivo por parte de las autoridades y de la sociedad son la base para la mejora del servicio y su planeación.

Llamado a la Acción

La Acción Ciudadana Frente a la Pobreza convoca a la ciudadanía a impulsar una **campaña de exigencia y observación ciudadana por el acceso efectivo a la salud, bajo el lema “Cero Listas de Espera”**, con los siguientes objetivos:

- Fomentar la participación ciudadana en los programas y políticas de salud, especialmente en las regiones con mayor pobreza y rezago social, como un ejercicio de construcción de ciudadanía activa y participativa.
- Sensibilizar e informar a la sociedad sobre los problemas que persisten para el acceso efectivo a la salud y exigir a los diputados y a las autoridades federales y estatales enfrentarlos con seriedad y sin dilación.
- Medir de manera independiente los principales indicadores de acceso efectivo a la salud, como son: (i) surtimiento completo de medicinas, (ii) tiempos de espera para realización de estudios médicos, cirugías y otros tratamientos complejos, (iii) permanencia de gastos de bolsillo y (iv) otras posibles irregularidades que se presenten en los establecimientos de salud.
- Exigir a las autoridades federales y estatales de salud así como a los diputados cambios inmediatos para (i) mejorar la información pública abierta sobre la prestación efectiva de los servicios de salud, (ii) mejorar el alcance y uso de las evaluaciones sobre las variables del acceso efectivo a la salud y (iii) garantizar la autonomía del “Aval Ciudadano” con una mayor inclusión de organizaciones civiles y su integración con una instancia de participación ciudadana en cada estado y a nivel federal, a fin de fortalecer esta figura como instancia de contraloría social auténtica y efectiva de los servicios de salud.

La actividad principal de esta campaña es un **ejercicio de observación ciudadana que realice una medición independiente de algunas variables básicas del acceso efectivo a la salud** a través de una metodología basada en “tarjetas de medición ciudadana” (usadas con éxito a nivel internacional y conocidas como “*citizen scorecards*”).

La Acción Ciudadana Frente a la Pobreza invita a organizaciones civiles y grupos ciudadanos en todo el país, a participar en este ejercicio de observación ciudadana para vigilar **al menos 300 establecimientos de salud en al menos 25 de las 234 jurisdicciones de salud, en al menos 17 entidades federativas**, durante los meses de julio, agosto y septiembre del presente año.

Los resultados de este ejercicio de observación servirán para elaborar un **reporte sobre el acceso efectivo a la salud que será presentado a la Cámara de Diputados y a las autoridades federales y estatales de salud en el mes de octubre** y proponer acciones para mejorar el acceso efectivo a la salud y para la mejora de la calidad de la atención para todos, con especial atención a la equidad para garantizar la atención de la población que vive en pobreza.

Asimismo permitirá exigir al Gobierno de México que asuma metas específicas para lograr el objetivo de cobertura universal y acceso efectivo a la salud como parte de sus compromisos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible post 2015 que se fijarán en la Cumbre Mundial de la ONU en Septiembre.

Reconocimiento

La Acción Ciudadana Frente a la Pobreza tiene entre sus estrategias visibilizar las experiencias y logros de las organizaciones civiles que llevan décadas trabajando de manera directa frente a la pobreza y la desigualdad en todo el país.

Esta campaña recupera y está motivada por la experiencia de múltiples organizaciones civiles que han promovido mejoras efectivas en la atención en salud.

Por ejemplo, recoge la experiencia de “La Rebelión de los Enfermos” impulsada por Sonora Ciudadana que ha conseguido importantes logros en el ejercicio del derecho a la salud en Sonora y Sinaloa.

También reconoce la experiencia de las organizaciones por la salud sexual y reproductiva que han promovido importantes iniciativas como la creación del Observatorio de Mortalidad Materna.

También asume la experiencia de las organizaciones asociadas en la Red por la Salud que han promovido la difusión y ejercicio de los derechos de los pacientes, así como las acciones de las asociaciones que han promovido la cobertura de enfermedades y padecimientos graves como el cáncer infantil y el VIH, o la exigencia de las organizaciones para la inclusión de tratamientos que se encuentran aún pendientes y no son cubiertos en el Fondo de Gastos Catastróficos.

De manera general dado que es imposible mencionarlas a todas, reconocemos el trabajo de cientos de grupos y organizaciones en todo el país que promueven el derecho a la salud en las zonas indígenas, en el campo, en las ciudades; a quienes han realizado ejercicios de contraloría social, a quienes participan como “Avales Ciudadanos” y también a quienes desde la investigación y el sector académico han diagnosticado con precisión los cambios requeridos para mejorar el sistema de salud y evitar el despilfarro o desviación de sus recursos.

Este es el momento de articular esfuerzos y unir nuestra voz para promover el derecho a la salud. Vamos juntos por el acceso efectivo a los servicios de salud.

[1] En 2013 el gasto para salud por persona para la población con seguridad social era de \$5,524 pesos y para la población sin seguridad social era de \$3,545 pesos. Ciertamente hay mejoras respecto a 2004 cuando la diferencia era más del doble,

[2] Estimaciones propias con base en Estadísticas Financieras de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud. Consultadas en <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/gastopublico.html>, el 2/06/15.

[3] Para ilustrar el problema de gestión, aparece como contraste, el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos del Seguro Popular que cubre 61 intervenciones de alto costo relacionadas con 20 grupos de enfermedades. Este Fondo sí cubre de manera directa los costos de las intervenciones a las unidades certificadas que ofrecen la atención. En este caso, los recursos “sí siguen” al paciente.

[4] La Secretaría de Salud debe presentar a la Cámara de Diputados, en acuerdo con la Secretaría de Hacienda, la planeación financiera para ampliar la cobertura a toda la población y para ampliar progresivamente el catálogo de tratamientos e intervenciones a fin de homologarlos hacia los estándares más altos otorgados por la seguridad social, en un plan sostenible y progresivo en un plazo de 10 años y con proyecciones para los próximos 25 ó 30 años. Este plan debe ser revisado periódicamente al menos cada 3 años para adecuarlo a las tendencias demográficas y epidemiológicas, así como a los avances médicos y científicos.

[5] Para generar este mecanismo se requieren probar modalidades de prestación cruzada de servicios entre las instituciones públicas con el correspondiente arreglo financiero para que los recursos lleguen hasta la prestación del servicio.