

## CAPÍTULO DECIMOSÉPTIMO

# FINANCIAMIENTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO. IMPORTANCIA PARA LA MATERIALIZACIÓN DEL DERECHO Y SITUACIÓN DE FINANCIAMIENTO DEL DERECHO

Pastora MELGAR MANZANILLA\*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Consideraciones sobre el financiamiento del derecho a la protección de la salud desde los planes nacionales de desarrollo 2013-2018 y 2019-2024.* III. *Obligación de tomar medidas económicas para la efectividad del derecho a la protección de la salud.* IV. *Indicadores para medir el financiamiento público a la salud.* V. *Indicadores estructurales.* VI. *Conclusiones.* VII. *Fuentes de consulta.*

### I. INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) establece desde 1983 el derecho a la protección de la salud en su artículo 4o. La Ley General de Salud asevera que el derecho a la protección de la salud tiene entre sus finalidades el bienestar físico y mental de la persona para contribuir al ejercicio pleno de sus facultades (artículo 2). Por otra parte, varias declaraciones y convenios internacionales articulan un derecho humano a la salud. Dos de carácter vinculatorios para México son: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el “Protocolo de San Salvador” (PA-CADH). El primero establece que los Estados parte del PIDESC reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud

\* Facultad de Estudios Superiores Acatlán, UNAM. [861448@pfpuma.acatlan.unam.mx](mailto:861448@pfpuma.acatlan.unam.mx).  
ORCID: 0000-0002-8258-0138, UNAM.

física y mental; mientras que el segundo, que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Si bien existen diferencias que no se discuten en este trabajo por exceder los objetivos de este, en los tres casos mencionados se puede advertir la idea de disfrute del más alto nivel de salud físico y mental como núcleo del derecho.

El PIDESC de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1966, artículo 12) y el PA-CADH de la Organización de los Estados Americanos (OEA) (1988, artículo 10) mencionan que en el caso de los instrumentos internacionales mencionados, ambos recogen una serie de medidas que los Estados parte están obligados a implementar a fin de hacer efectivos el derecho.

La Observación General (OG) 14 del (Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales [CESCR] de las Naciones Unidas, 2000) abunda sobre el contenido del derecho a la salud. En concordancia con lo ya establecido, dispone que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. En este sentido, la OG 14 establece una serie de obligaciones básicas y de prioridad comparable con los que deben cumplir los Estados parte. Además, la OG 14 identifica cuatro elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Sin embargo, para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, especialmente por tratarse de un derecho prestacional, implica consideraciones de tipo económicas. Por tanto, para la materialización del derecho es importante la asignación presupuestal.

Este trabajo tiene como objetivos exponer algunas reflexiones en torno a la importancia del financiamiento público presupuestario a la protección de la salud a fin de materializar ese derecho, especialmente a partir de argumentos de los órganos de tratados; y determinar la situación (incremento/diminución) del financiamiento público a la protección de 2015 a 2019, a partir de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

## II. CONSIDERACIONES SOBRE EL FINANCIAMIENTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PLANES NACIONALES DE DESARROLLO 2013-2018 Y 2019-2024

Cumplir con las obligaciones de respetar (no limitar, negar o violar) y garantizar (adoptar medidas positivas y materializar) el derecho a la salud o a

la protección de la salud implica una importante labor de administración. La administración sanitaria es la ciencia social y técnica relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las empresas públicas y privadas del sector salud, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos. En este caso, interesa la administración pública sanitaria del sistema de salud y no de una empresa pública sanitaria. La administración implica procesos sociales o institucionales que incluye al menos cinco funciones básicas: 1) administrar, gerenciar y tomar decisiones acerca del conjunto de las organización; 2) dirigir el talento humano; 3) coordinar los procesos institucionales de financiamiento y administración económica; 4) velar por la prestación eficaz y eficiente de los servicios de salud, tanto básicos como aquellos que incorporan tecnologías especiales, y 5) velar porque los desarrollos científicos e investigativos se lleven a cabo bajo condiciones éticas apropiadas. Como se advierte, la función de administración sanitaria implica la integración eficiente y efectiva de los recursos humanos, físicos y económicos para lograr una atención óptima de servicios de salud al paciente. Sin ella, difícilmente el Estado podría respetar y garantizar el derecho de protección a la salud (Lopera-Medina, 2022).

Para efectos de este trabajo, interesa la función de financiamiento. Para alcanzar los resultados establecidos en la planificación; es decir, resultados relacionados con la efectividad del derecho de protección a la salud, es importante hacer énfasis en el elemento de financiamiento, elemento que no es tan visible como la definición de objetivos y proyectos de salud. La definición de los objetivos y proyectos constituye un primer momento de administración, la planificación. Así, por ejemplo, en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND 2013-2018) se reconoce la necesidad de un desarrollo social para un México incluyente, así como la existencia de un limitado acceso a servicios de salud. Asimismo, se establece como meta nacional poner “especial énfasis en proveer una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos y evite que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía, sean un factor determinante en su desarrollo” (*Diario Oficial de la Federación [DOF]*, 2013).

El mismo documento reconoce que el gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) —que creció de 2.6 a 3.1% de 2000 a 2010— es bajo en comparación con el de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE); sin embargo, destaca que para avanzar en la calidad y el alcance de los servicios de salud no sólo se debe pensar en el nivel de gasto, sino también en otras áreas de oportunidad para hacer un mejor uso de los recursos. Si bien se puede estar de acuerdo con el argumento (que el gasto público por sí sólo no implica

una mejor en la efectividad del derecho), el gasto público asignado a la salud es un elemento que no debe soslayarse. Cuestión que ocurre en el PND 2013-2018, ya que ahí se destacan tres factores que inciden negativamente en la capacidad del Estado para dar plena vigencia al derecho a la salud y que requieren atención:

- El modelo con que fueron concebidas las instituciones del sector; esto es, con enfoque hacia lo curativo y no a la prevención.
- Falta de políticas con enfoque multidisciplinario e interinstitucionales hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
- La rectoría y arreglo organizacional donde prevalece la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas, que limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en el Sistema de Salud Pública.

No se reconoce la falta de financiamiento adecuado como elemento que dificulta la materialización del derecho a la protección de la salud.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND 2019-2014), se establece el objetivo de garantizar la salud mediante la inversión en infraestructura y servicios de salud y por medio de los programas regionales, sectoriales y coyunturales de desarrollo. Se reconoce que “el derecho a la salud le es denegado parcial o totalmente al sector más desprotegido de la población mexicana”, y por ello, se establece como objetivo, “garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos” (PND 2019-2024, 2019), por medio de la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, cuya atención “se brindará en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano” (DOF, 2019).

Se toma en cuenta, al menos en parte, los elementos esenciales del derecho a la salud ya mencionados. Pero, en este PND, al igual que en el anterior, no se hace mayor alusión a cuestiones de financiamiento. Ello no es en sí un problema si en un segundo momento se establecen asignaciones presupuestarias adecuadas para cumplir los objetivos trazados.

Respecto del primer momento en la administración, definir lo objetivos y proyectos, si bien no es una actividad fácil, generalmente puede realizarse sin grandes dificultades. Sin embargo, los objetivos planes y proyectos no pueden lograrse si no se asignan los recursos económicos y de personal para cumplirlos. Superado el primer momento, surge una serie de compli-

caciones y obstáculos de diversa naturaleza, entre ellos los financieros que pueden neutralizar la acción en las unidades operativas encargadas de la implementación de los planes y proyectos.

Como se ha mencionado, si bien la asignación de recursos no garantiza la materialización del derecho, la capacidad de gestionar el sistema de salud y las instituciones de salud para adecuarlas a las necesidades y exigencias de la población y de los compromisos nacionales e internacionales en cuanto a la prevención, promoción, diagnóstico y atención en salud, calidad, eficiencia y coberturas de los servicios en todos los niveles, disminuye. En este sentido, es importante poner énfasis en las preocupaciones económicas como una asignación presupuestaria más justa, además de en la reducción de costos y eficiencia como punto principal de discusión en el campo de la salud.

En el caso de derechos sociales como el derecho a la protección de la salud, involucran una serie de factores que dificultan su cumplimiento, debido a que deben ser impulsados por la política pública mediante la acción del Estado. Esta acción de Estado necesariamente debe traducirse, aunque no exclusivamente, en la asignación de recursos públicos suficientes destinados al gasto público en salud. En este sentido, el financiamiento público del derecho requiere la medición periódica del progreso para explicar el nivel alcanzado en estática y dinámica y para tomar decisiones estratégicas para el futuro (Ortegón et al., 2005). Por otra parte, cabe destacar que la asignación de recursos para el derecho a la salud es un compromiso que ha adquirido el Estado Mexicano al signar tanto el PIDESC como el PA-CADH.

### III. OBLIGACIÓN DE TOMAR MEDIDAS ECONÓMICAS PARA LA EFECTIVIDAD DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

El Estado mexicano está obligado a otorgar recursos económicos para materializar el derecho de protección a la salud. El fundamento de dicha obligación se puede encontrar en el PIDESC y el PA-CADH (PIDESC, 1966, artículo 2) . En ambos se establece el compromiso de los Estados parte de adoptar medidas apropiadas, especialmente económicas, hasta el máximo de sus recursos disponibles para lograr la efectividad de los derechos contenidos en los instrumentos de manera progresiva; en el entendido de que las obligaciones básicas y de prioridad comparable ya mencionados son de cumplimiento inmediato y no progresivo.

El derecho a la protección de la salud no constituye un objetivo a largo plazo. La OG 14 establece que hay violación a las obligaciones de cumplir

cuando los Estados parte no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Estas violaciones incluyen, entre otras: “los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos” (CES-CR, 2000, párr. 52). Asimismo, se incumple con la obligación de garantizar cuando no se adopta una política o no se pone en marcha, así como cuando no se dedica un presupuesto suficiente o se distribuyen de manera no razonable o ineficiente los recursos públicos (CESCR, 2006, párr. 36).

Esto implica que los Estados deben diseñar sus presupuestos de acuerdo con los derechos consagrados en los instrumentos de derechos humanos signados, entre estos el derecho a la protección de la salud, pues, el último objetivo de las políticas es el cumplimiento de los derechos (Comité de los Derechos del Niño [CRC], 2007, párr. 26). Al respecto, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas señaló que uno de los mayores obstáculos para la efectividad de los derechos es la falta de un gasto público suficiente, efectivo, inclusivo y eficiente (Consejo de Derechos Humanos [CDH], 2014, párr. 3).

Las medidas legislativas de reconocimiento del derecho y las administrativas son importantes y necesarias, pero formales e insuficientes. Además de ellas, se requiere contar con los recursos financieros suficientes para ser implementadas, especialmente cuando no sólo se requiere el respeto de los derechos, como el caso del derecho de protección de la salud, sino también la posibilidad de que los ciudadanos los puedan ejercer (Comité de los Derechos del Niño [CRC], 2013, párr. 3). Así, la obligación de adoptar medidas económicas o financieras es una obligación instrumental para la realización de los derechos humanos (Buchardó i Parra, 2019, pp. 79).

Un problema importante de los derechos humanos y su financiación es la elección del derecho al que se asignará el recurso y la proporción que la realización de cada derecho debe ocupar del gasto público (Serrano y Vázquez, 2013).

Aunque debe existir un vínculo íntimo entre los objetivos trazados en los PND y el financiamiento de ellos, no se puede suponer que cuando se establecen objetivos en el PND, se elaboran programas y proyectos, es porque se trata de la elección de derechos y la proporción de su realización como acción de gobierno, y por tanto, que serán financiados. Más bien, parece existir un divorcio entre el primer momento de administración que implica establecer objetivos de política y el segundo que incluye asignar recursos para la implementación de la política. Esto se advierte, por ejemplo, en el Amparo en revisión 378/2014 resuelto por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). El caso versa sobre la falta de asignación de fondos al

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”, para la ejecución de un proyecto: “Construcción y Equipamiento del Servicio Clínico para Pacientes con VIH/Sida y Coinfección por Enfermedades de Transmisión Aérea”.

En dicho caso, la SCJN identificó las obligaciones del Estado mexicano que integran el derecho a la salud. Luego determinó si la omisión se debió a que, pese a haber utilizado el máximo uso de sus recursos, estos fueron insuficientes para cumplir con sus obligaciones. Al respecto, señaló que es el Estado quien debió probar el máximo uso de los recursos disponibles, y dado que no lo hizo, considero el incumplimiento del Estado mexicano como injustificado. Sin embargo, no analizó de manera específica la aplicación de máximo de los recursos disponibles al caso concreto. Tampoco realizó un análisis presupuestario sobre el papel que tiene el derecho a la salud en el presupuesto nacional y local, si es adecuado, si se emplearon los recursos necesarios y suficientes, la forma en que se construyen los recursos o los criterios, en su caso, para la asignación del presupuesto (Vázquez, 2018, pp. 181 y 182).

#### IV. INDICADORES PARA MEDIR EL FINANCIAMIENTO PÚBLICO A LA SALUD

En el marco de la OEA y del compromiso de los Estados parte de presentar informes periódicos sobre las medidas progresivas que hayan adoptado para asegurar el respeto a los derechos reconocidos en el PA-CADH que se contempla en el artículo 19 de dicho instrumento, existen unos indicadores de derechos humanos que buscan contribuir a que los Estados parte cuenten con herramientas útiles para realizar un diagnóstico y medición de la situación de los derechos contenidos del Protocolo (OEA, 2015). Estos indicadores pueden servir para determinar si el Estado cumple con su obligación de otorgar recursos económicos para materializar los derechos humanos como del derecho a la protección de la salud, fuera del ámbito de los informes. Los indicadores son de tres tipos: estructurales, de proceso y de resultados; y se organizan bajo tres categorías conceptuales: recepción del derecho, contexto financiero y compromiso presupuestario; y capacidades estatales; así como de tres principios transversales: igualdad y no discriminación; acceso a la justicia, acceso a la información y participación (OEA, 2015).

TABLA 1  
TIPOS DE INDICADORES PARA LA MEDICIÓN  
DE DERECHOS CONTEMPLADOS EN EL PA-CADH

<i>Estructurales</i>	<i>De proceso</i>	<i>De resultados</i>
Reflejan la existencia o inexistencia de medidas.	Buscan medir la calidad y magnitud de los esfuerzos del Estado para implementar los derechos.	Indican el estado de realización de un derecho humano en un determinado contexto, programas, intervenciones del Estado.

FUENTE: OEA, Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el “Protocolo de San Salvador”.

En cuanto a las categorías conceptuales, permiten operativizar la realización de los derechos y pueden ser monitoreadas a partir de indicadores estructurales, de proceso, de resultados y señales de progreso cualitativas (OEA, 2015, pp. 26).

La categoría de contexto financiero y compromiso presupuestario, que interesa para efectos de este trabajo, se refiere a la disponibilidad efectiva de recursos del Estado para ejecutar el gasto público social, su distribución medida como porcentaje del PIB para cada sector social o por otros indicadores y los compromisos presupuestarios que permiten evaluar la importancia que el Estado le asigna al derecho (OEA, 2015, pp. 26).

### 1. *Indicadores estructurales*

Los indicadores de tipo estructural para el derecho a la salud en la categoría de contexto financiero y compromisos presupuestarios son:

- Características, tipos, monto y extensión de incentivos, deducción de impuestos (incentivos fiscales) y subsidios para el sector privado de la salud.
- Características, tipos, monto y extensión de incentivos estatales a la industria farmacéutica privada.

Respecto del primer indicador, en México se cuenta con incentivos fiscales de tipo deducción de impuestos, específicamente deducciones personales relacionados con la salud (Ley del Impuesto sobre la Renta [LISR],



2013, artículo 151). Sin embargo, el total de las deducciones personales (relacionados con la salud y otros, excepto gastos médicos por incapacidad y discapacidad, donativos, aportaciones complementarias de retiro, así como estímulos fiscales) no puede exceder cinco Unidades de Medida y Actualización (UMA) anuales o del 15% total de ingresos, incluidos los exentos, lo que resulte menor (LISR, 2013, artículo 15, último párrafo). Por otra parte, mediante jurisprudencia se ha establecido que estas deducciones personales no deben reconocerse forzosamente por el legislador como aminoraciones para determinar la base gravable del impuesto y que la circunstancia de que los conceptos con los cuales se relacionan las deducciones personales tengan alguna vinculación con derechos fundamentales o servicios básicos que el Estado se encuentra obligado a garantizar no implica que exista un derecho constitucionalmente titulado para exigir que la legislación fiscal brinde esa tutela (Tesis 2a./J. 27/2017 [10a.], 2020, p. 671). Como se advierte, las medidas estructurales de tipo incentivos fiscales en su manifestación de deducciones personales, son endebles.

También se cuenta con tributos extrafiscales. Esto es, medidas tributarias que tienen por objetivo mejorar de forma general la salud de la población por medio del desincentivo del consumo de ciertos tipos de alimentos (Muniz Pérez y Tomé Hernández, 2022, pp. 26). Así, la Ley del Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios (LIEPS) establece impuestos a la producción y servicios relacionados con tabaco, alcohol y alimentos de alta densidad calórica, sin embargo, no existen datos para evaluar la efectividad de la medida en México.

Por otra parte, existe una Ley Federal de Presupuesto y Asignación Hacendaria México (2006) que tiene por objeto reglamentar las disposiciones constitucionales en materia de programación, presupuestación, aprobación, ejercicio, control y evaluación de los ingresos y egresos públicos federales (artículo 1 y el Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria); leyes anuales de ingresos y de egresos; así como manuales de programación y presupuesto para los ejercicios fiscales que tienen como objetivo guiar a las dependencias y entidades de la administración pública federal y a las empresas productivas del Estado en la elaboración de anteproyectos de presupuesto, con el fin de que se pueda llevar a cabo la integración de los proyectos de presupuesto de egresos y egresos (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2022). En consecuencia, estos instrumentos no están estructurados en términos de derechos humanos, por tanto, si bien pueden referirse a derechos humanos como el derecho a la protección a la salud, o establecer un vínculo entre la asignación presupuestaria con

el cumplimiento de políticas, estrategias, prioridades y metas establecidas en un PND, no existe disposición en la CPEUM (artículos 74, 75, 136, 127 y 134) u otra norma nacional en donde se adviertan medidas claras y específicas para el financiamiento de los derechos humanos en general y el derecho a la protección de la salud en particular, a fin de lograr su materialización de acuerdo al uso de los máximos recursos disponibles. Es decir, no existen “disposiciones constitucionales y legales que condicionan el nivel de recursos financieros, materiales, técnicos y de otra índole que deben ser invertidos, y que efectivamente son asignados, para la garantía del derecho” (OEA, s. f., p. 131), cuestión que requiere el indicador de tipo estructural, de categoría conceptual compromiso financiero y presupuestal. En este sentido, se puede concluir que hay deficiencia en la existencia de medidas conforme al indicador estructural.

## *2. Indicadores de proceso*

En cuanto a la categoría “de proceso” los indicadores se orientan a medir la aceptabilidad, pertinencia, adaptabilidad y eficiencia de los procesos implementados por el Estado para garantizar los derechos, en este caso, el de protección a la salud (OEA, s. f., p. 140). Son los siguientes:

- Porcentaje de gasto público social destinado a salud.
- Gasto público per cápita en atención a la salud.
- Gasto familiar en salud como proporción del ingreso familiar corriente.
- Distribución del gasto en salud por jurisdicciones
- Porcentaje de recursos destinados a capacitación de recursos humanos en salud.

Los indicadores mencionados permiten advertir, la necesidad de contar con información desagregada para la distribución de los recursos de manera eficaz y eficiente (CRC, 2007, párr. 19). Por la facilidad para la obtención de datos, se presentan algunos indicadores de financiamiento de la salud de la OMS para los años del 2015 al 2020. El 2020 es un año atípico por la pandemia por COVID-19 que ocasionó gastos no esperados o planificados, por tanto, sin embargo, sirven como referencia.

TABLA 2  
GASTO NACIONAL EN SALUD DEL GOBIERNO GENERAL COMO  
PORCENTAJE DEL GASTO DEL GOBIERNO GENERAL. MÉXICO

2015	2016	2017	2018	2019	2020
10.86%	10.41%	10.73%	10.41%	10.32%	11.52%

FUENTE: OMS.

TABLA 3  
GASTO CORRIENTE EN SALUD COMO PORCENTAJE  
DEL PIB

2015	2016	2017	2018	2019	2020
5.72%	5.55%	5.46%	5.38%	5.45%	6.24%

FUENTE: OMS.

TABLA 4  
GASTO PRIVADO INTERNO EN SALUD COMO PORCENTAJE  
DEL GASTO CORRIENTE EN SALUD

2015	2016	2017	2018	2019	2020
47.8%	48.72%	49.46%	50.37%	50.83%	47.1%

FUENTE: OMS.

TABLA 5  
GASTO CORRIENTE EN SALUD PER CÁPITA  
EN DÓLARES

2015	2016	2017	2018	2019	2020
558.2%	492.9%	514.9%	530.7%	552.7%	538.6%

FUENTE: OMS.

TABLA 6  
GASTO NACIONAL EN SALUD DEL GOBIERNO GENERAL  
COMO PORCENTAJE DEL PIB

2015	2016	2017	2018	2019	2020
2.99%	2.85%	2.76%	2.67%	2.68%	3.3%

FUENTE: OMS.

TABLA 7  
GASTO DE BOLSILLO COMO PORCENTAJE DEL GASTO  
CORRIENTE EN SALUD

2015	2016	2017	2018	2019	2020
41.04%	41.37%	41.79%	42.31%	42.28%	38.77%

FUENTE: OMS.

TABLA 8  
GASTO NACIONAL EN SALUD DEL GOBIERNO GENERAL  
PER CÁPITA EN DÓLARES

2015	2016	2017	2018	2019	2020
291.4%	252.7%	260.2%	263.4%	271.8%	284.8%

FUENTE: OMS.

TABLA 9  
GASTO DOMÉSTICO PRIVADO EN SALUD  
PER CÁPITA EN DÓLARES

2015	2016	2017	2018	2019	2020
266.8	240.1	254.7	267.3	281	253.7

FUENTE: OMS.

TABLA 10  
GASTO DE BOLSILLO (OOP) PER CÁPITA EN DÓLARES

2015	2016	2017	2018	2019	2020
229.1%	203.9%	215.2%	224.5%	233.7%	208.8%

FUENTE: OMS.

Los datos que se muestran en las tablas constituyen indicios sobre el gasto público en salud (financiamiento de la salud) y sobre el gasto privado y de bolsillo. Respecto del indicador “gasto privado interno en salud como porcentaje del gasto corriente en salud” (tabla 4), se puede advertir que hay una tendencia hacia el incremento del gasto privado en los años del 2015 al 2019. Se observa una reducción hasta el 2020. A pesar, el porcentaje más bajo de gasto privado interno de los años analizados fue en el 2015.

En cuanto al indicador “gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente” (tabla 7), después de 2015 va incrementando hasta el 2018. En 2019, hay un ligero decremento, sin embargo, no llega a los valores de 2015. En 2020, decrece a un valor menor que el de 2015. Algo similar se puede observar con el indicador “gasto doméstico privado en salud per cápita” (tabla 9), en donde, si bien no hay una clara tendencia, tanto en 2018 como en 2019, los valores son más que en 2015. El gasto doméstico privado en salud per cápita más bajo fue en 2016.

Por último, se observa que el indicador “gasto de bolsillo per cápita” (tabla 10) disminuye en 2016, pero de 2017 a 2019 incrementa, vuelve a bajar en 2020. El gasto en 2019 es mayor que en 2015. Los indicadores mencionados son indicios de que el gasto privado y el gasto de bolsillo no van disminuyendo. Si bien los datos de 2020 pueden dar otra impresión, como ya se establecido, fue un año atípico.

Respecto de los indicadores relacionados con el gasto público en salud, del que se refiere a “gasto nacional en salud del gobierno general como porcentaje del gasto del gobierno general” (tabla 2) se observa que en 2015 hubo un porcentaje de gasto en salud mayor que de 2016 a 2019, en 2020, incrementa dicho porcentaje de gasto. Algo similar sucede con los indicadores “gasto corriente en salud como porcentaje del PIB” (tabla 3); “gasto nacional en salud del gobierno como porcentaje del PIB” (tabla 6); “gasto corriente en salud per cápita” (tabla 5) y “gasto nacional en salud del gobierno general per cápita” (tabla 8) en donde se observa que el mayor porcentaje de gasto fue el de 2015, en algunos casos incluso que el porcentaje de gasto de 2020.

Los resultados de los indicadores son consistentes con la idea contenida en los PND mencionados, en los cuales se reconoció deficiencias en los servicios de salud y, por tanto, en la materialización del derecho a la protección de la salud, pero se soslayó el papel del financiamiento público para garantizar el derecho. Los datos referidos son indicios de que el financiamiento público no incrementó en el periodo de 2015 a 2020.

### 3. *Indicadores de resultado y de progreso*

Los indicadores de resultado se refieren a la forma como las decisiones y las capacidades financieras de las personas y las variables del contexto relevantes para el goce efectivo de los derechos se transforman por las decisiones del Estado sobre el nivel de recursos a invertir para su protección y la manera en que estos recursos se utilizan (OEA, 2015, p. 17). El indicador de resultado para efectos del PA-CADH es: porcentaje promedio de ingresos del hogar gastados en salud según quintil de ingreso per cápita familiar. A falta de datos relacionados con el indicador, se presentan otros indicadores accesibles de INEGI.

TABLA 11  
PORCENTAJE PROMEDIO DE INGRESOS DEL HOGAR GASTADOS  
EN SALUD SEGÚN INGRESO PER CÁPITA FAMILIAR

2015	2016	2017	2018	2019	2020
2.99%	2.85%	2.76%	2.67%	2.68%	3.30%

FUENTE: INEGI.

TABLA 12  
PORCENTAJE PROMEDIO DE INGRESOS DEL HOGAR  
GASTADOS EN SALUD SEGÚN EL PIB EN MÉXICO

2015	2016	2017	2018	2019	2020
5.7%	5.6%	5.5%	5.6%	5.6%	6.5%

FUENTE: INEGI.

Los datos muestran una ligera reducción en el porcentaje promedio de ingresos del hogar gastados en salud, sin embargo, de ellos no es posible determinar las variaciones entre los quintiles, por tanto, no es posible realizar una lectura clara. En cuanto el indicador de señales de progreso es: relación entre crecimiento económicos versus cobertura en salud en los últimos 5 años.

TABLA 13  
CRECIMIENTO ECONÓMICO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

2015	2016	2017	2018	2019	2020
3.3%	2.6%	2.1%	2.2%	-0.1%	-8.2%

FUENTE: Banco de México.

TABLA 14  
ÍNDICE DE COBERTURA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN  
UNIVERSAL DE LA SALUD

2019	2017	2015
74%	73%	73%

FUENTE: OMS.

De los datos accesibles se observa que no hubo crecimiento económico si comparamos 2015 y 2020, el año en que mayor crecimiento hubo fue en 2015. En cuanto a la cobertura del servicio universal de la salud, de 2015 a 2019 hubo un incremento del 1%. En suma, con los datos accesibles y presentados, no es posible concluir resultados positivos o progreso en la efectividad o materialización del derecho a la protección de la salud en México.

## VI. CONCLUSIONES

En los PND 2013-2018 y 2015-2019, se reconoce deficiencia en la materialización del derecho de protección a la salud, pero no se reconoce la falta de financiamiento adecuado como factor que contribuye a dicha deficiencia. Sin el adecuado financiamiento público, los objetivos relacionados con el dere-

cho a la protección de la salud establecidos en los PND difícilmente podrán ser alcanzados.

El Estado mexicano tiene la obligación de asignar los recursos hasta el máximo disponibles para hacer efectivos los derechos humanos, entre estos los derechos a la protección de la salud. Dicha obligación tiene su fundamento en el PIDESC y el PA-CADH.

Las medidas de tipo estructural relacionadas con el compromiso financiero y presupuestal para la materialización del derecho a la protección de la salud son deficientes.

Los datos sobre financiamiento público, privado y de bolsillo relacionados con la protección de la salud otorgan indicios de que el gasto privado y el gasto de bolsillo no disminuyeron y que el financiamiento público no incrementó durante el periodo de 2015 a 2020. Tampoco se puede concluir que hay resultados positivos o progreso en la efectividad o materialización del derecho a la protección de la salud en México.

## VII. FUENTES DE CONSULTA

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. *DOF* 20/05/2013. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013#sc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013#sc.tab=0)

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. *DOF*. 12/05/2019. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#sc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#sc.tab=0)

Buchardó I Parra, A. (2019). *Presupuesto público y derechos humanos: las obligaciones financieras de los Estados en materia de derechos humanos*. Tesis doctoral, Programa de Doctorado en Sostenibilidad y Paz en la Era Posglobal. Universidad de Valencia. <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/70587/TE-SIS.pdf?sequence=1>

Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LIEPS.pdf>

Ley del Impuesto sobre la Renta. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISR.pdf>

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPRH.pdf>

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LFPRH\\_131120.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LFPRH_131120.pdf)



- Lopera-Medina, M. (2022). Retos éticos para los administradores en salud en la época contemporánea. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 4(1), 1-12. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341003>
- Muniz Pérez, J. C. y Tomé Hernández, N. (2022). *Health taxes: la última frontera de la extrafiscalidad*. España. 2022. Kindle.
- OEA. (2015). Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador. Washington. [https://www.oas.org/en/sedi/pub/indicadores\\_progreso.pdf](https://www.oas.org/en/sedi/pub/indicadores_progreso.pdf)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.  
Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.
- CESCR. (2000). E/C.12/2000/4. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g00/439/37/pdf/g0043937.pdf?token=atZrYcK6985vSbD3sY&fe=true>
- CESCR. (2005). E/C.12/GC/18. <https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-18-derecho-al-trabajo>
- CRC. (2013). CRC/C/GC/17. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g13/428/31/pdf/g1342831.pdf?token=SDLKKnIYgtjz9VoNhD&fe=true>
- CRC. (2007). CRC/C/46/CRP.2. [https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/discussion/CRC.C.46.CRP.2\\_guidelines\\_sp.pdf](https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/discussion/CRC.C.46.CRP.2_guidelines_sp.pdf)
- ONU. (2014). A/HRC/28/33. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g14/247/02/pdf/g1424702.pdf?token=bjnV7NgANlnnnAkr3A&fe=true>
- Ortegón, E. et al. (2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Nueva York. CEPAL, 2005, [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf)
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. *Manual de Programación y Presupuesto 2022*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/663345/Manual\\_de\\_Programacion\\_y\\_Presupuesto\\_2022.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/663345/Manual_de_Programacion_y_Presupuesto_2022.pdf)
- Serrano, S. y Vázquez, D. (2013). *Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos*. Flasco.
- Amparo en revisión 378/2014. [https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/sentencia/2020-01/AR%20378\\_2014.pdf](https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/sentencia/2020-01/AR%20378_2014.pdf)

Tesis 2a./J. 27/2017 (10a.). *Gaceta del Seminario Judicial de la Federación*. [https://bj.scjn.gob.mx/doc/tesis/3PduMHYBN\\_4klb4HxnjD/%22Incapacitad os%22](https://bj.scjn.gob.mx/doc/tesis/3PduMHYBN_4klb4HxnjD/%22Incapacitad%20os%22)

Vázquez, D. (2018). *Test de razonabilidad y derechos humanos: instrucciones para armar*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas.