

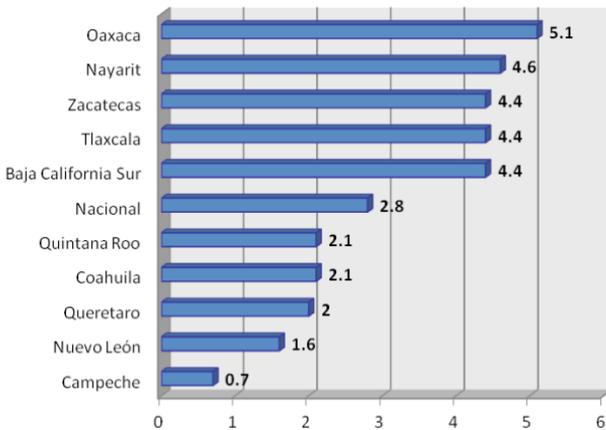
Capítulo sexto

LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO DERECHO TRUNCADO: LAS DESIGUALDADES TERRITORIALES

Más allá de la inequidad y las evidentes desigualdades en el gasto público destinado a la salud analizadas en el apartado precedente, también persisten en el país una serie de diferencias según en dónde se viva. Es decir, hay una clara discrepancia de carácter territorial en el acceso y la protección de la salud.

En la siguiente gráfica se pueden apreciar las diferencias en el gasto público en materia de salud por parte de los estados, en términos del PIB. En dicha gráfica se incluyen las cinco entidades que más gastan en este rubro y las cinco que menos lo hacen, así como el promedio nacional.

TABLA 20
Gasto público en salud como porcentaje del PIB



Fuente: *Indicadores sobre el Derecho a la Salud en México*, México, INEGI-CNDH-OACNUDH, 2011.

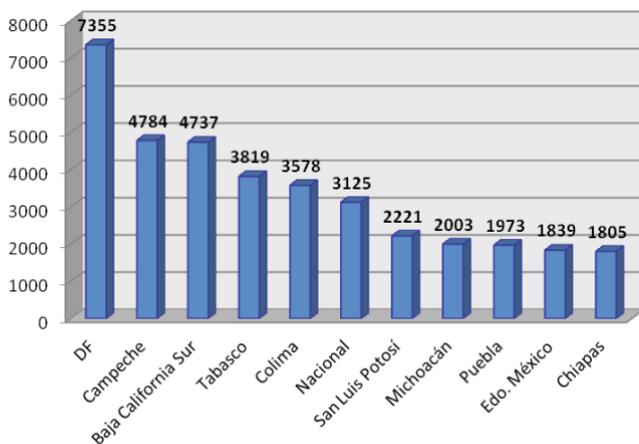
Así, mientras que en Oaxaca se invierte en salud más del 5% del PIB —y más de 4% en Nayarit, Zacatecas, Tlaxcala y Baja California Sur— en Campeche únicamente alcanza el 0.7%. Nuevo León no rebasa el 2%, mientras que Querétaro, Coahuila o Quintana Roo apenas lo superan, y se encuentran lejos del promedio nacional: 2.8% del PIB.

Cabe precisar que en este rubro se incluye todo el gasto público en salud. Es decir, el que lleva a cabo la federación así como el de los gobiernos estatales, tanto para la población asegurada como para la no asegurada.

Por otra parte, si observamos el gasto público per cápita (siguiente tabla), las cosas cambian de forma importante, aunque también persisten marcadas divergencias.

Una vez más se presentan las cinco entidades en las que más se invierte en salud y las cinco que menos —junto con el promedio nacional—.

TABLA 21
Gasto público en salud per cápita



Fuente: *Indicadores sobre el Derecho a la Salud en México*, México, INEGI/CNDH/OACNUDH, 2011.

Mientras que cada uno de los habitantes del Distrito Federal se beneficia de un gasto público superior a los 7300 pesos, los chiapanecos solamente perciben un poco más de 1800. El promedio nacional se encuentra en los 3125 pesos por habitante.

Es decir, la disparidad entre la entidad con mayor gasto per cápita y la menor es de más de cuatro veces.

Pese a que en los últimos años el gasto público en salud ha aumentado de forma importante —sobre todo para la población no asegurada, a través del Seguro Popular— todavía subsisten brechas importantes entre los estados. A pesar de esta reciente mejora, la mayor parte del gasto en este rubro se asigna de acuerdo con criterios burocráticos o inerciales, y con base en las necesidades de la población.

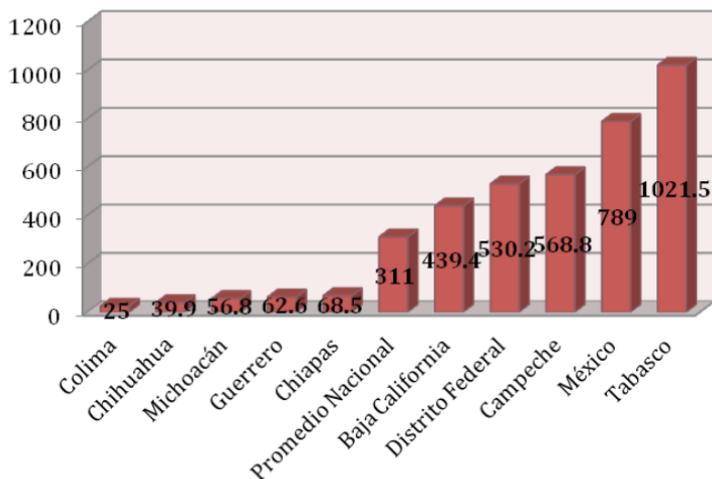
En este sentido, como atinadamente establece el Informe sobre Desarrollo Humano México 2011:

Al examinar la distribución del gasto total en salud en las entidades federativas se observa que éste se asigna en forma regresiva, ya sea que el Coeficiente de Concentración (CC) se mida por el ingreso o por el IDH. Si también se evalúa la distribución de este gasto según el CC ordenado por el índice de salud del propio IDH, se encuentra nuevamente una importante regresividad. De esta forma, pese al incremento del gasto en la PNA, éste aún muestra un considerable sesgo contra los sectores más pobres, de menor desarrollo humano y mayores carencias de salud. La forma en que el gasto federal en salud se distribuye por medio del gasto centralizado y de instituciones como el IMSS y el ISSSTE contribuye a la regresividad del gasto total en las entidades federativas.⁴⁹

En cuanto al gasto de los gobiernos estatales en salud, la siguiente gráfica ordena a los cinco que más invierten y a igual número de entidades que menos gastan en esta materia por habitante. Una vez más las diferencias son contrastantes.

⁴⁹ PNUD, *op. cit.*, p. 98.

TABLA 22
Gasto público estatal en salud per cápita



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud. Secretaría de Salud.

Mientras que el gobierno de Tabasco invierte más de 1000 pesos en la salud de cada uno de sus habitantes, el de Colima únicamente desembolsa 25. La diferencia entre uno y otro es de más de 40 veces. Por su parte, el promedio nacional es de 311 pesos.

Los cinco gobiernos estatales más rezagados —Colima, Chihuahua, Michoacán, Guerrero y Chiapas— no superan los 70 pesos per cápita en gasto sanitario. Por el contrario, los líderes —Tabasco, Estado de México, Campeche, Distrito Federal y Baja California— sobrepasan los 430 pesos.

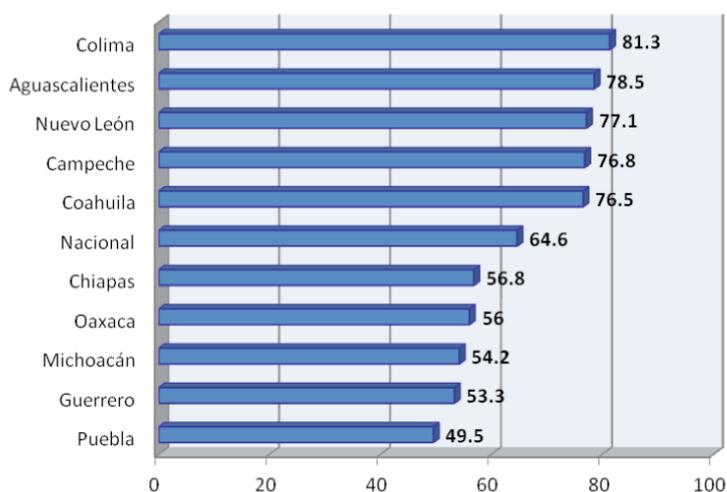
Más allá de cuestiones financieras, las condiciones de acceso a la protección de la salud también divergen de forma acentuada entre los diferentes estados de la República.

En el siguiente gráfico se puede apreciar —con datos del Censo de Población y Vivienda— el porcentaje de personas que tiene algún tipo de seguro de salud (público). Mientras que los cin-

co estados con mayor porcentaje de asegurados rebasan el 76% —destacando Colima, en donde más de ocho de cada diez habitantes está protegido—, por el contrario, menos de la mitad de los poblados es derechohabiente de alguna institución del sistema de salud.

TABLA 23

Porcentaje de población con alguna forma de aseguramiento médico



Fuente: Censo de Población y Vivienda, 2010, <http://www.inegi.org.mx>.

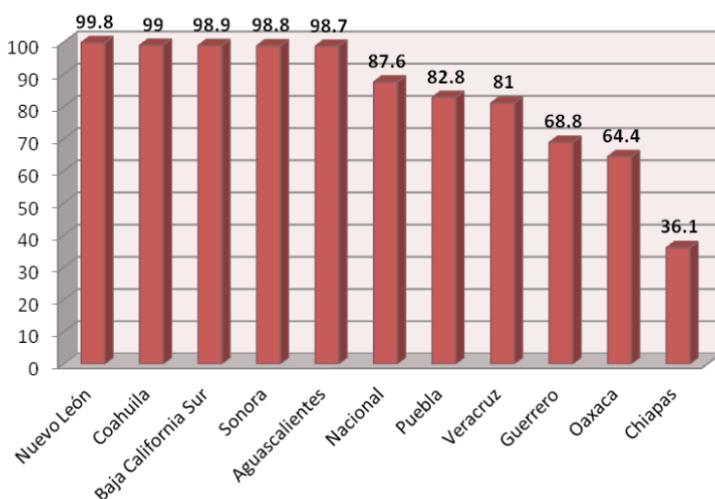
Si bien el promedio nacional es de casi 65% de la población asegurada, en las entidades con mayor rezago —Puebla, Guerrero, Michoacán, Oaxaca y Chiapas— menos de seis de cada diez habitantes tienen acceso a este tipo de servicios.

Las diferencias también están presentes —si bien menos marcadas— en un rubro tan sensible como es el de los partos atendidos por personal especializado.⁵⁰

⁵⁰ En este caso, por personal especializado debe entenderse médicos.

Si en algunos estados —como Nuevo León, Coahuila, Baja California Sur, Sonora o Aguascalientes— prácticamente todos los nacimientos son atendidos por profesionales capacitados, en otros la atención especializada en el momento del parto no siempre está presente: en Chiapas, por ejemplo, menos de cuatro de cada diez niños que nacen, lo hacen en condiciones y en instalaciones óptimas.

TABLA 24
Porcentaje de nacimientos atendidos por personal especializado

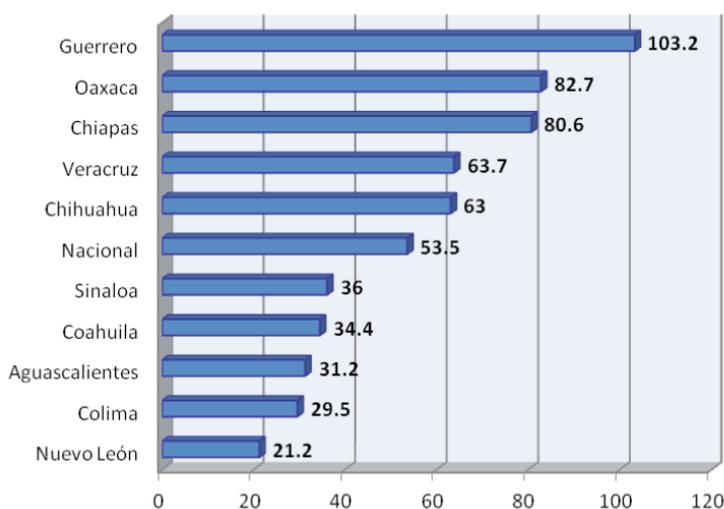


Fuente: *Indicadores sobre el derecho a la salud en México*, México, INEGI-CNDH-OACNUDH, 2011.

Los datos comentados anteriormente se relacionan con la tasa de mortalidad de las mujeres que dan a luz. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención del parto por personal especializado constituye un factor decisivo en la reducción de las muertes maternas. Así, en la siguiente gráfica se incluye la estadística de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos.

Las disparidades continúan haciéndose presentes. Si el promedio nacional es de 53.5 mujeres que pierden la vida en el momento del parto (por cada 100 000 nacidos vivos), en la entidad peor clasificada —Guerrero— dicha tasa prácticamente se duplica. Por el contrario, el estado con mejores resultados en este apartado —Nuevo León—, obtiene una tasa de menos de la mitad del promedio nacional (21.2).

TABLA 25
Mortalidad materna por cada 100 000 nacidos (as) vivos (as)



Fuente: *Indicadores sobre el derecho a la salud en México*, México, INEGI-CNDH-OACNUDH, 2011.

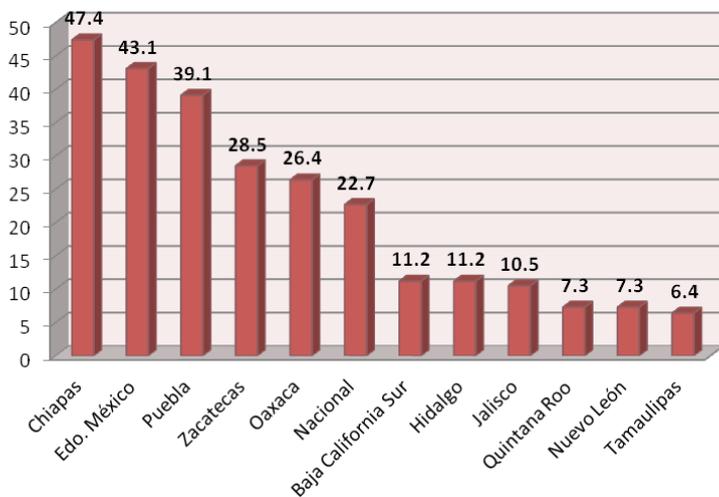
En todo caso, la diferencia en cuanto a mortalidad materna entre la entidad con más problemas en este rubro y la mejor catalogada es de cinco veces. Es decir, una mujer guerrerense tiene cinco veces más posibilidades de morir durante el parto que una mujer neoleonesa en la misma situación.

Asimismo, en algunas entidades de este país todavía continúan muriendo niños por enfermedades fácilmente atendibles y cura-

bles, tales como aquellas relacionadas con la desnutrición o las infecciones respiratorias.

En la siguiente tabla se observa la tasa de mortalidad de los menores de cinco años, por infecciones respiratorias agudas (por cada 100 000 niños). Lo que destaca son las grandes diferencias entre estados. Si bien el promedio nacional de mortalidad por este tipo de padecimientos es de 22.7, hay entidades que rebasan ampliamente esta cifra.

TABLA 26
Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años



Fuente: *Indicadores sobre el derecho a la salud en México*, México, INEGI-CNDH-OACNUDH, 2011.

En primer lugar nacional se encuentra el estado de Chiapas —con 47.4 muertes por cada 100 000 menores—, seguido muy de cerca por el Estado de México, Puebla, Zacatecas y Oaxaca. Por el contrario, resaltan los casos de Tamaulipas, Nuevo León, Quintana Roo, Jalisco, Hidalgo y Baja California Sur como re-

ferentes en cuanto a la baja tasa de mortalidad infantil en esta materia.⁵¹ En particular, Tamaulipas tiene una tasa de 6.4 fallecimientos por cada 100 000 menores, debido a infecciones respiratorias agudas.

Así, una vez más el lugar en el que se nazca determina en buena parte la suerte que correrán los mexicanos y su salud. En este punto, se puede afirmar que un menor chiapaneco tiene casi ocho veces más posibilidades de morir debido a una infección respiratoria —por demás perfectamente atendible— que un niño tamaulipeco.

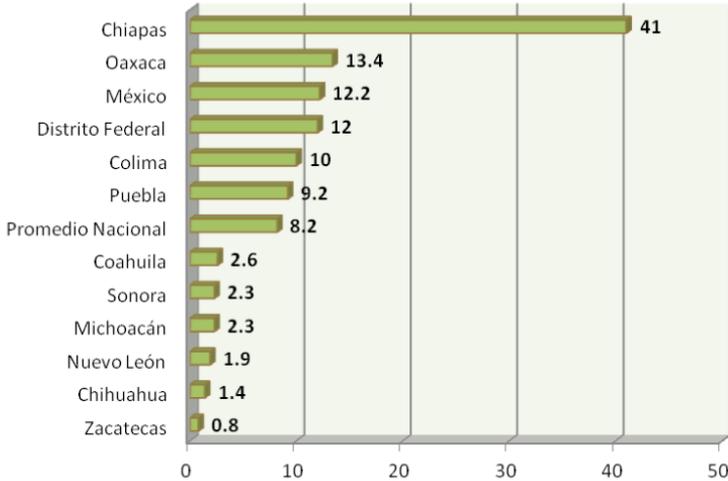
El caso de muertes de niños menores de cinco años relacionadas con enfermedades diarreicas todavía es más dramático y las diferencias entre entidades son mucho más marcadas.

Como se puede apreciar en la siguiente gráfica, la desigualdad entre los estados mejores clasificados y los peores es muy grande. Mientras que el promedio nacional es de 8.2 muertes por cada 100 000 niños, Chiapas alcanza un nivel de 41. A la cabeza de dicha clasificación —aunque lejos del caso chiapaneco— se encuentran Oaxaca (13.4), Estado de México, Distrito Federal, Colima y Puebla.

⁵¹ En este punto hay que reconocer que más allá del acceso a servicios de salud y de las condiciones de vida de la población, los factores climáticos juegan también un papel muy importante.

TABLA 27

Tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años



Fuente: Anexo estadístico. Quinto informe de gobierno (2011).

Llama la atención la presencia de la capital del país así como de su vecino —el Estado de México— en el grupo con mayor mortalidad en este rubro. Debido a su nivel de desarrollo, parece que deberían estar en el otro extremo de la clasificación.

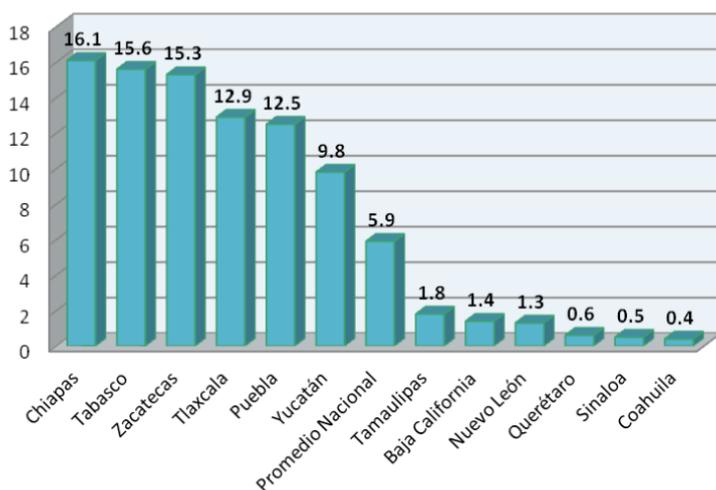
Precisamente en el conjunto mejor valorado en esta materia destaca Zacatecas —con un tasa de mortalidad de sólo 0.8—, junto con Chihuahua, Nuevo León, Michoacán, Sonora y Coahuila, entidades que no alcanzan siquiera una tasa de mortalidad de tres niños por cada 100 000.

Es decir, nuevamente, las posibilidades que tiene un menor de cinco años de morir por enfermedades de tipo diarreico que viva en Chiapas son mucho más elevadas que su par zacatecano: de hecho, 51 veces más.

Por lo que se refiere a la mortalidad de niños menores de cinco años por deficiencias de tipo nutricional, las disparidades también son muy importantes. En la siguiente gráfica se puede apreciar.

Mientras que hay entidades en donde la mortalidad infantil por desnutrición prácticamente ha desaparecido —o está muy cerca de hacerlo— como Coahuila, Sinaloa o Querétaro; existen otras en donde todavía es un problema muy presente.

TABLA 28
*Tasa de mortalidad por deficiencia nutricional
en menores de cinco años (2010)*



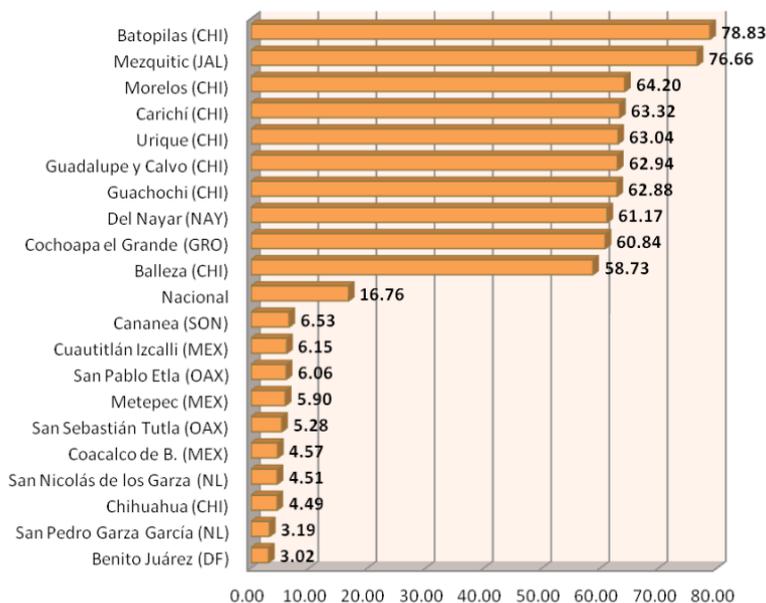
Fuente: Anexo estadístico. Quinto informe de gobierno (2011).

En todo caso, si los estados punteros tienen una tasa de mortalidad por debajo de un menor fallecido por cada 100 000, los que todavía sufren este flagelo de forma más acusada rebasan las 15 muertes por cada 100 000 menores. En este contexto, la diferencia entre el líder en mortalidad —Chiapas— y el estado mejor catalogado —Coahuila— es de más de 40 veces.

Por otro lado, el Consejo Nacional de Población (Conapo) ha desglosado la tasa de mortalidad infantil (menores de un año) por

municipios.⁵² En la siguiente gráfica presentamos los datos, incluyendo a los diez con mayor mortalidad de niños menores de un año y los diez mejor catalogados en este rubro.

TABLA 29
Mortalidad infantil por municipios (2005). 10 mejores y 10 peores



Se refiere al número de defunciones de menores de un año de edad por cada 1000 nacimientos ocurridos en el año 2005.

Fuente: Consejo Nacional de Población, www.conapo.gob.mx.

En 2005, el promedio nacional de mortalidad de menores de un año era de 16.76 por cada 100 000 niños. Los municipios mejor clasificados del país eran la delegación Benito Juárez (Distrito

⁵² Si bien los datos más recientes son de 2005 resultan muy útiles para observar las grandes divergencias existentes a nivel municipal. Mucho más marcadas que en el ámbito estatal.

Federal), San Pedro Garza García y San Nicolás de los Garza (Nuevo León), Chihuahua (Chihuahua) y Coacalco (Estado de México), en donde no se alcanzaba una tasa de mortalidad superior a cinco.

Por el contrario, los municipios peor catalogados superaban una tasa de 60 muertes por cada 100 000 menores de un año.

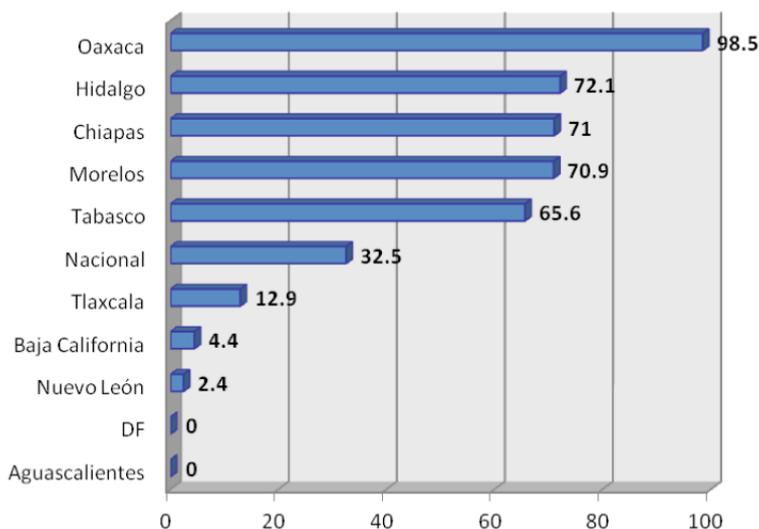
De forma destacada hay que citar el caso del estado de Chihuahua, en donde se encuentran cuatro de los cinco municipios con mayor mortalidad infantil —Batopilas (78.83), Morelos (64.2), Carichí (63.32) y Urique (63.04)— y siete de los diez primeros. También hay que destacar al municipio de Mexquitic (76.66), segundo a nivel nacional, ubicado en Jalisco, uno de los estados más desarrollados del país, tanto en términos económicos como de desarrollo humano.

Dicho de otra manera, un niño con menos de un año de vida de la delegación Benito Juárez de la capital, tiene una posibilidad de sobrevivir 26 veces superior que la de un menor del municipio de Batopilas en Chihuahua, enclavado en plena zona tarahumara.

Finalmente se incluye una gráfica que puede explicar en parte las grandes diferencias en salud entre los estados del país. Nos referimos al manejo de residuos sólidos urbanos, es decir de la basura.

Mientras que en Aguascalientes o el Distrito Federal toda la basura que se genera recibe un manejo y destino adecuado y en lugares controlados, hay otras entidades en donde la realidad es exactamente la inversa. Por ejemplo, en Oaxaca únicamente el 1.5% de la basura se procesa correctamente y se deposita en lugares destinados a ese fin. En el mismo sentido, Hidalgo, Chiapas, Morelos o Tabasco sólo disponen de forma controlada en torno al 30% de la basura que generan.

TABLA 30
*Porcentaje de disposición final de residuos sólidos urbanos
en sitios no controlados*



Fuente: *Indicadores sobre el Derecho a la Salud en México*, México, INEGI-CNDH-OACNUDH, 2011.

Por otro lado, existe un claro sesgo que beneficia a la población urbana, en detrimento de la que habita en el ámbito rural. En la siguiente tabla se observa el número de derechohabientes del IMSS por cada consultorio médico para algunos estados del país.

Lo que se observa —sin necesidad de mayor estudio— es la gran desigualdad existente. Por ejemplo, en el caso de Aguascalientes la relación es de 11 veces menos consultorios médicos para los derechohabientes que viven en pequeñas poblaciones, en relación con quienes lo hacen en las ciudades.

CUADRO 5

Beneficiarios por consultorio médico del IMSS (población rural/urbana)

<i>Estado</i>	<i>Beneficiarios por consultorio médico</i>		<i>Relación Rural/ Urbana</i>
	<i>Población Rural</i>	<i>Población Urbana</i>	
Aguascalientes	68 910	6253	11.02
Chiapas	12 550	8542	1.46
Colima	23 422	4336	5.4
Guanajuato	36 710	7597	4.83
Hidalgo	28 014	4800	5.83
Edo de México	25 229	5144	4.9
Oaxaca	13 602	4903	2.77
Veracruz	14 522	6211	2.34
Promedio nacional	14 727	6645	2.22

Fuente: elaboración propia con datos de Levy, Santiago. 2008.

Mientras que el promedio nacional indica que en el caso de la población urbana, existe un consultorio médico por cada poco más de 6600 beneficiarios, en el campo únicamente hay uno por cada casi 15 000.

Adicionalmente, en el cuadro siguiente se presentan los mismos datos que en el anterior, pero ahora se trata del número de beneficiarios (derechohabientes) por cada cama de hospital disponible. Los números son mucho más desnivelados. Indica un claro perjuicio para la población rural.

CUADRO 6
Beneficiarios por cama de hospital del IMSS (población rural/urbana)

<i>Estado</i>	<i>Beneficiarios por cama de hospital</i>		<i>Relación Rural/ Urbana</i>
	<i>Población Rural</i>	<i>Población Urbana</i>	
Baja California Sur	7034	1267	5.55
Coahuila	11 998	994	12.07
Chihuahua	13 209	1762	7.49
Jalisco	10 004	1091	9.17
Michoacán	22 812	1482	15.4
Oaxaca	30 605	1382	22.14
Puebla	20 672	1188	17.4
San Luis Potosí	60 887	1749	34.81
Sonora	10 714	1187	9.02
Promedio nacional	<i>16 333</i>	<i>1 542</i>	<i>10.59</i>

Fuente: elaboración propia con datos de Levy, Santiago, 2008.

En Coahuila, por ejemplo, hay una cama de hospital del IMSS por cada 1000 beneficiarios urbanos. Por el contrario, en el caso de quienes viven en el campo se reduce a una cama por cada 12 000 derechohabientes. Es decir, la relación es de 12 veces en favor de los beneficiarios de las ciudades.

Sin embargo, los casos con mayores diferencias son los de Michoacán, Oaxaca, Puebla y San Luis Potosí. En este último estado, la distancia es de casi 35 veces.

Cabe apuntar que la diferencia en el país es de casi 11 veces: existe una cama de hospital por cada 1500 usuarios del IMSS urbanos, frente a más de 16 000 en el medio rural.

A partir de la serie de datos presentados, se puede concluir que México se encuentra todavía muy lejos de lograr una verdadera cohesión territorial, al menos en términos de condiciones de salud y acceso a servicios sanitarios.

En resumidas cuentas, como sostiene la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), “el sistema es profundamente desigual en términos del acceso a los servicios de salud, su financiamiento y los indicadores de las condiciones de salud. Existen grandes disparidades entre los estados... en cuanto a la cobertura de aseguramiento, gasto público y condiciones de salud”.⁵³

⁵³ OCDE, *op. cit.*, p. 12.