

MONITOREO Y ANÁLISIS
DEL GASTO PÚBLICO

Serie **SALUD**

Curitas para la Salud:

El Mapa de la Inequidad

Briseida Lavielle, Gabriel Lara, Daniela Díaz

fundar

Serie SALUD

Curitas para la Salud:

El Mapa de la Inequidad

Briseida Lavielle, Gabriel Lara y Daniela Díaz

CURITAS PARA LA SALUD: El Mapa de la Inequidad

Esta publicación se realizó en el marco del Proyecto de Presupuestos con Sentido Social gracias al apoyo de la Fundación Ford. Fue impreso en diciembre de 2004 basado en el documento de trabajo del mismo nombre de noviembre de 2001.

Autores: Briseida Lavielle, Gabriel Lara, Daniela Díaz

Diseño Gráfico: Deikon

Impresión: Mono Comunicación, S.A. de C.V.

©2004, Fundar Centro de Análisis e Investigación

Popotla 96 5; Tizapán San Angel; México D.F.

Impreso en México / Printed in Mexico

Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C. es una institución independiente, plural e interdisciplinaria dedicada al análisis de problemas relacionados con la democracia de México. La principal línea de trabajo de la organización es el análisis de presupuestos públicos.

■ **CONTENIDO**

I. INTRODUCCIÓN	4
II. EL DERECHO A LA SALUD	5
Ley General de Salud	8
III. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: BREVE SEMBLANZA	9
Descentralización y Reforma al Sector Salud	10
IV. RADIOGRAFÍA DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO	12
Mortalidad	12
Morbilidad	14
V. EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001-2006: CURITAS PARA LA SALUD	6
ESTRATEGIA 1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social	17
ESTRATEGIA 2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres	18
ESTRATEGIA 5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población	20
ESTRATEGIA 6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud	26
ESTRATEGIA 8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)	30
ESTRATEGIA 10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud	33
VI. LA INFRAESTRUCTURA DE SALUD: PRIMERAS BRECHAS DE INEQUIDAD	34
Unidades de Hospital de Especialidad	35
Unidades de Hospital General	36
Unidades de Consulta Externa	38
VII. EL GASTO PÚBLICO EN SALUD: GEOGRAFÍA DE LA INEQUIDAD	39
Los recursos del Ramo 33	42
Enfermedades y presupuesto	44
Gasto en obra pública	47

VIII. UNAS PALABRAS SOBRE LA SALUD PARA TODOS...	49
IX. ALGUNAS CONCLUSIONES	52
X. BIBLIOGRAFÍA	54
ÍNDICE DE TABLAS	
TABLA I: Principales Causas de Muerte 1999	14
TABLA II: Unidades médicas según entidad federativa; población derechohabiente y población abierta: 1999	27
TABLA III: Presupuesto Ejercido 1999 per capita, función 08 salud	40
TABLA IV: Presupuesto per capita ejercido en salud en 1999.	43
TABLA V: Recursos destinados a Obra Pública en la Secretaría de Salud (Ramo 12)	47
TABLA VI: Porcentaje del gasto en obra pública en la Secretaría de Salud	47
TABLA VII: Montos destinados a obra pública en salud para el ramo 33 de Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios	48
TABLA VIII: Costo del Programa Salud para Todos	51
ÍNDICE DE GRÁFICAS	
GRÁFICA 1: Asignaciones del Progreso por componente	19
GRÁFICA 2: Indicadores de atención por entidades, ordenadas por presupuesto per cápita	31
GRÁFICA 3: Total de unidades de Hospital de Especialidad para Población Abierta y Derechohabiente y suma de las tres Enfermedades Crónica Degenerativas de mayor presencia, 1999	36
GRÁFICA 4: Total de unidades de Hospital General para Población Abierta y Derechohabiente y suma de las tres mayores Enfermedades Crónico Degenerativas, 1999	37
GRÁFICA 5: Total de unidades de Consulta Externa para Población Abierta y Derechohabiente y la suma de las tres Enfermedades Infecto Contagiosas de mayor presencia, 1999	38
GRÁFICA 6: Inequidad presupuestal. Presupuesto ejercido en salud por habitante por estado, 1999	41
GRÁFICA 7: Ramo 33, presupuesto para la función 08 salud (presupuesto ejercido en salud per cápita para población abierta), 1999	42
GRÁFICA 8: Gasto por enfermedad, 1999 (pesos corrientes)	44
GRÁFICA 9: Total de enfermedades y gasto total en salud, 1999 (Miles de pesos corrientes)	45
GRÁFICA 10: Porcentaje de la población con al menos una enfermedad durante 1999	46

I. INTRODUCCIÓN

Las últimas décadas se han distinguido por cambios sustanciales en las características demográficas del mundo. Estos cambios han cristalizado en lo que se ha dado por llamar la transición epidemiológica, entendida como “un conjunto de procesos [...] cuyo rasgo principal es el cambio en la prevalencia de determinadas enfermedades y causas de muerte. Un elemento característico de la transición epidemiológica ha sido el desplazamiento del predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias a los tumores y enfermedades de tipo degenerativo (especialmente del aparato circulatorio) y a causas externas (accidentes, homicidios, suicidios)”¹.

Para el caso de México, en donde la población de edad avanzada ha aumentado de manera significativa, a la vez que la población joven sigue siendo predominante, coexisten diversas causas de muerte y morbilidad: las provenientes de enfermedades infecciosas y parasitarias, con las enfermedades de tipo degenerativo. A la vez, las causas de muerte y enfermedad de la población mexicana son desiguales en el territorio nacional, pues en las áreas de menor desarrollo e infraestructura las enfermedades infecciosas y parasitarias aún tienen una alta incidencia, mientras que en los conglomerados urbanos hay predominancia de las enfermedades de tipo degenerativo. Sin embargo, estas últimas no son exclusivas de las zonas urbanas, pues en las áreas geográficas de menor desarrollo se localizan cada vez más casos.

¹S. Schkolnik, *Tendencias demográficas en América Latina: Desafíos para la equidad en el Ámbito de la Salud*, División de Población de la CEPAL, septiembre 1998, p. 127.

Como consecuencia de estos cambios, es decir de la transición epidemiológica, se ha modificado la demanda de servicios de salud. La atención adecuada de esta demanda constituye el reto principal del sistema nacional de salud.

La estructura y diseño institucional con los cuales se atiende la demanda de servicios de salud está atravesando por un periodo de cambio. Éste no es más que la continuidad del proceso iniciado a principio de la década de los ochenta, con la creación del Sistema Nacional de Salud y la consecuente descentralización de los servicios a los estados. Este proceso de cambio cobró nuevos derroteros con la Reforma del Sector Salud iniciada durante la administración de Ernesto Zedillo en 1995.

Mediante la reforma, la administración federal pretendió enfrentar los rezagos y disfunciones del Sistema Nacional de Salud. El nuevo diseño institucional refleja el cambio en la forma de participación del Estado, el cual transita de ser un Estado interventor a ser un Estado regulador. Es de destacarse que, particularmente en el área de la salud, la concepción, diseño y orientación de la reforma no es de manufactura nacional, antes bien ha seguido los lineamientos establecidos por el Banco Mundial en la materia.²

En las páginas siguientes se revisará la estructura del Sistema Nacional de Salud, la situación de la salud y los recursos que el gobierno mexicano destina para la atención a la salud para, finalmente, hacer una revisión crítica del Programa Nacional de Salud 2001- 2006.

² Banco Mundial, *Invertir en Salud, Indicadores del Desarrollo Mundial: Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*, Banco Mundial, Washington, 1993.

■ II. EL DERECHO A LA SALUD

Durante la primera mitad del siglo pasado, era común que la salud se definiera negativamente, como la ausencia de enfermedades. Este concepto cambió radicalmente con los principios que rigen a la Organización Mundial de la Salud (OMS), que definió a la salud positivamente, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”.³ Desde entonces, la salud se ha definido en un sentido más amplio, debiéndose entender en relación con el medio ambiente, la nutrición, la alimentación, el trabajo y las condiciones de vida. Por lo tanto, también abarca la pobreza y la distribución del ingreso.

Es a raíz de este concepto comprensivo de salud que ésta empieza a ser considerada como parte fundamental de los derechos humanos. En la Constitución de la OMS, se señala que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.⁴ La importancia de la enunciación de este principio radica en que fue la primera vez que los Estados reconocieron el derecho de las personas “al grado más alto de salud, bajo los parámetros de universalidad, sin discriminación de ningún tipo, asegurando el acceso y el disfrute equitativo”.⁵

³ Organización Panamericana de la Salud, “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, en *Documentos Básicos*, Documento Oficial núm. 240, Washington, 1991, p. 23.

⁴ *Loc. cit.*

⁵ Provea, *La salud como derecho: marco nacional e internacional de protección del derecho humano a la salud*, Serie Aportes núm. 3, Caracas, 1996, p. 10.

Siguiendo esta línea, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁶ define los compromisos asumidos por los Estados de la siguiente manera:

1. Los Estados Partes del presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes del presente Pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) Las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Hay ciertas características que se desprenden de los derechos humanos en general—y que otorgan a la salud su especificidad en cuanto derecho humano. Entre éstas se encuentran las siguientes:⁷

1. **UNIVERSALIDAD:** La universalidad supone que todos y todas deben tener acceso a servicios preventivos, curativos y a demás medidas relacionadas con la preservación de la salud, gozando las mismas oportunidades y beneficios. En este sentido, “la universalidad supone también que deben eliminarse las barreras que impiden el ejercicio del derecho en condiciones dignas”.⁸
2. **INTERDEPENDENCIA E INDIVISIBILIDAD:** Ésta supone la interrelación de los derechos humanos, así como la ausencia de jerarquías de unos derechos sobre otros. En el caso particular del derecho a la salud, esto significa que no se puede lograr su pleno goce si se es privado de otros derechos, como por ejemplo el derecho a la alimentación, a la vivienda, a un medio ambiente sano, a condiciones seguras y saludables de trabajo y el acceso a agua potable, entre otros.⁹

3. **CARÁCTER INDIVIDUAL Y SOCIAL:** El carácter individual y social de la salud implica que, si bien el Estado debe satisfacer las necesidades individuales, su obligación es proteger la salud de la población en su conjunto, lo cual implica cuestiones más amplias de justicia distributiva y equidad.¹⁰
4. **PROGRESIVIDAD E IRREVERSIBILIDAD:** El carácter progresivo del derecho a la salud implica que los Estados tienen la obligación específica y continua de avanzar, de la manera más efectiva y expedita posible, hacia su realización plena. El derecho a la salud evoluciona progresivamente, estableciendo, de esta manera, referentes en cuanto a su goce y ejercicio; así, los logros alcanzados no admiten retrocesos. Por consiguiente, las políticas aplicadas por las autoridades no deben conducir a una disminución de los estándares previamente alcanzados en materia de acceso a los servicios de salud, independientemente de la coyuntura económica o política.¹¹
5. **IRRENUNCIABILIDAD:** el derecho a la salud no está sujeto a negociaciones; no se puede renunciar a este derecho y el Estado tampoco lo puede anular.

Además de estas características generales, que son comunes a todos los derechos humanos, existen ciertos principios rectores que deben estar presentes en el diseño y la aplicación de estrategias y programas de gobierno. Si estos principios rectores se ven vulnerados por programas gubernamentales, implicarían la violación del derecho a la salud.

6. **IGUALDAD:** Hace referencia a la no discriminación, en el sentido de que todos deben tener el derecho de acceder al sistema de salud y a gozar de sus beneficios, sin distinción alguna. Sin embargo, esta igualdad no significa asegurar, de manera uniforme, lo mismo para todos, sino garantizar que haya oportunidades similares para aquellos sectores que encuentran mayores obstáculos para la satisfacción del derecho a la salud, particularmente para los sectores más vulnerables.
7. **ACCESIBILIDAD:** Abarca el acceso a los servicios de salud a lo largo de distintas etapas de la vida y distribución geográfica de la población. Implica asegurar que estos servicios “estén al alcance de toda la población, tanto en lo relativo a la distancia y el tiempo necesarios para obtener la asistencia requerida, como en lo que respecta a la posibilidad de beneficiarse directamente de medidas generales de saneamiento y de salud pública”.¹²

⁶ Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 16 de septiembre de 1966. Entró en vigor el 3 de enero de 1976.

⁷ Para mayores detalles de estas características y principios rectores, véase Provea, op. cit., pp. 30-34.

⁸ *Ibid.*, p. 30.

⁹ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, “General Comment 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health”, UN Doc. E/C.12/2000/4, 2000, par. 4.

¹⁰ ONU, *Estado de preparación de las publicaciones, los estudios y los documentos destinados a la Conferencia Mundial: contribución de la Organización Mundial de la Salud*, Asamblea General, Comité Preparatorio de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, A/CONF.157/PC/61/Add.8, Ginebra, 1993, p. 7, cit. en Provea, op. cit., p. 31.

¹¹ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Op. cit., párr. 31 y 32.

¹² Provea, Op. cit., p. 33.

8. GRATUIDAD: El Estado tiene la obligación de garantizar la salud a toda la población, especialmente a aquellos sectores más vulnerables y a aquéllos que carecen del acceso a sistemas de seguridad social o de recursos. La aplicación de tarifas puede constituir una violación, si limita el acceso al sistema. De esta manera, la gratuidad se relaciona de manera directa con la accesibilidad, ya que según estudios realizados por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo “está demostrado que la implantación de cobros de tarifas a los usuarios determina una disminución en la demanda de los servicios sanitarios”.¹³

9. EQUITAD: Implica la distribución de recursos presupuestarios, técnicos y humanos con base en las necesidades individuales y colectivas. Por lo tanto, no atiende a criterios neutros de cuotas igualitarias, sino a consideraciones que respondan a las necesidades especiales de grupos específicos.

LEY GENERAL DE SALUD

De acuerdo con la Ley General de Salud, el derecho a la protección de la salud se traduce en el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población (art. 2).

La salubridad general es responsabilidad de la Federación y de las entidades federativas e implica, entre otras, la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables (art. 3). A la Federación le corresponden las facultades normativas de la salubridad, ámbito en el cual se encuentra la atención médica a la población, mientras que a las entidades les corresponde organizar, operar, supervisar y evaluar la atención médica, entre otras facultades (art. 13).

La Federación y las entidades federativas se deben coordinar y aportar recursos materiales, humanos y financieros para la prestación y operación de los servicios de salubridad general mediante acuerdos de coordinación. En dichos acuerdos se establecen los procedimientos para la elaboración de los proyectos de programas y presupuestos anuales y los programas de actividades.

¹³ PNUD, *Informe de Desarrollo Humano 1991, Tercer Mundo Editores*, Colombia, 1991, p. 280.

La Ley de Coordinación Fiscal establece la creación de las Aportaciones Federales, que son recursos que la Federación transfiere a los estados o municipios condicionando su ejercicio a la consecución y cumplimiento de los objetivos que la misma ley establece para cada fondo (art. 25). Para el caso de los servicios de salud, existe el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), cuyo monto es determinado anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación (art. 30). Se consideran también los recursos de las previsiones para servicios personales, incluyendo incrementos salariales, y prestaciones, así como otros recursos destinados expresamente a la promoción de la equidad en los servicios de salud.

La distribución de los recursos del FASSA se realiza mediante la aplicación de una fórmula establecida en la misma Ley de Coordinación Fiscal, en la cual se considera el déficit de las entidades con relación al gasto mínimo aceptado—considerando la población abierta de la entidad—, el presupuesto mínimo per cápita aceptado, la mortalidad y la marginación, así como el inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal.

En la Ley General de Salud se consideran como servicios básicos de salud la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias (art. 27). Para ello, se establece un cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica y un catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel (art. 28), cuya existencia y disponibilidad debe estar garantizada por la Secretaría de Salud (art. 29).

Sobre la prestación de los servicios de salud, se establece que los servicios públicos a la población en general se prestarán a los habitantes que lo requieran y se regirán por criterios de universalidad y de gratuidad—ésta última fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios (art. 35).

No obstante, el Ejecutivo Federal y las Entidades Federativas pueden determinar cuotas de recuperación por la prestación de los servicios de salud, tomando en cuenta el costo de los servicios y la condición socioeconómica de los usuarios. Estas cuotas deberán fundarse en el principio de solidaridad social, eximiendo de ellas a los usuarios que carezcan de recursos para cubrirlas (art. 36).

■ III. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: BREVE SEMBLANZA

La Secretaría de Salubridad y Asistencia fue creada en 1943 al conjuntarse dos instituciones: la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad.¹⁴ Paralelamente, fue fundado el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Posteriormente, fueron incorporados a la seguridad social el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM) y los servicios de seguridad social de PEMEX; todos ellos operando de manera independiente.

Con esta división del sistema de salud se separó formalmente a los beneficiarios de la seguridad social, es decir los trabajadores inscritos formalmente en el sector privado o público, así como a sus familiares directos, de la población restante, primordialmente campesinos. Esta división se tradujo, en la práctica, en un sistema desigual y discriminatorio en el acceso y atención de la salud. Para los beneficiarios de la seguridad social, principalmente el IMSS, existe desde entonces una atención integral a la salud, mientras que para la población restante, especialmente aquella en condiciones de pobreza y marginación, los servicios difícilmente llegan al primer nivel de atención.

Los servicios de salud para la población abierta contemplan primordialmente acciones de carácter epidemiológico, de higiene y de salud reproductiva. Consecuentemente, la construcción de la infraestructura para prestar los servicios estuvo más centralizada que la de las instituciones de seguridad social, especialmente los hospitales de segundo y de tercer nivel de atención. En las comunidades marginadas únicamente se construyeron clínicas de mínima resolución médica.

¹⁴ A. Torres Ruiz, *Descentralización en salud: algunas consideraciones para el caso de México*, Centro de Investigación y Docencia Económicas, División de Administración Pública, Documento de Trabajo número 69, México, 1997, p. 10.

Esta división en la atención a la salud llevó a que en 1980 la mitad de la población estuviera cubierta por el IMSS o ISSSTE y el resto se atendiera en los servicios de población abierta o los servicios privados. Adicionalmente, a partir de 1979 se estableció el Programa IMSS-Coplamar, diseñado para combatir la marginación de las comunidades indígenas mediante servicios de salubridad y de primer nivel de atención. Dicho programa fue sustituido diez años después por IMSS-Solidaridad y actualmente opera en 17 estados de la República, con recursos federales.

Apesar de estos esfuerzos, a principios del sexenio de Ernesto Zedillo, 10 millones de mexicanas y mexicanos seguían sin tener acceso a servicios de salud.¹⁵ La respuesta gubernamental fue promover una estrategia de reforma al sector que incluyera nuevos programas y métodos para incrementar la cobertura.

DESCENTRALIZACIÓN Y REFORMA AL SECTOR SALUD

El proceso de descentralización del sector salud inició en 1983, con el gobierno de Miguel de la Madrid, cuando se promulgó la Ley General de Salud. Esta ley estableció: "(a) las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, (b) la separación de competencias entre federación y los estados y (c) la definición de los rubros específicos de salubridad general".¹⁶ La descentralización se operó a través del Programa Nacional de Salud 1984-1988 y la Ley General de Salud, aplicables a la Secretaría de Salud y el IMSS-COPLAMAR.¹⁷

Mediante la firma de acuerdos de coordinación entre la Federación y los estados vía los Convenios Únicos de Desarrollo, se señalaron diversos aspectos en materia de descentralización. Por las particularidades de las entidades federativas, se incluyeron tres modalidades para la conformación de los Sistemas Estatales de Salud: en la primera coexistía una Secretaría de Salud y un organismo descentralizado de la administración pública estatal; en la segunda había un organismo descentralizado de la administración pública estatal, que ejercía las funciones de autoridad sanitaria y prestaba los servicios de atención médica; en la tercera, la Secretaría de Salud Estatal se encargaba de la coordinación del sistema estatal de salud y representaba al gobierno del estado como autoridad sanitaria local, entre otras funciones.¹⁸

¹⁵ Poder Ejecutivo Federal, *Programa de Reforma del Sector Salud. 1995-2000*, México, 1995, p.15.

¹⁶ L. Flámar Gómez, *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí*, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, División de Administración Pública, Documento de Trabajo número 55, México, 1998, p. 16.

¹⁷ *Ibid*, p. 19.

¹⁸ Para conocer más en detalle cada una de ellas revisar *Ibid*, p. 22.

Sobre este periodo vale la pena hacer por lo menos tres reflexiones. En primer lugar, los acuerdos de coordinación no fueron firmados por todos los estados. En segunda instancia, el IMSS presentó resistencias al proceso de descentralización, por temor a un debilitamiento en su posicionamiento institucional a nivel nacional. Por último, se determinó que las fuentes de financiamiento serían la Federación, las entidades federativas (Ramo XXVI, IMSS, ISSSTE y organismos públicos), los convenios de cofinanciamiento (Convenios Únicos de Desarrollo) y las aportaciones directas de la sociedad (cuotas de recuperación). Al aumentar los recursos provenientes de los estados se estancó el financiamiento otorgado por la Federación, provocando parálisis y rezagos en programas de inversión—ya que la mayoría de los recursos se utilizaban en gasto corriente.

Este último aspecto denota una de las mayores debilidades del proceso de descentralización, que procuró mantener centralizadas las decisiones en lo referente al control y facultades normativas, y sólo traspasó la operación de los servicios a los estados.

Con el conocimiento de las debilidades del Sistema Nacional de Salud (SNS), la administración de Ernesto Zedillo promovió un Programa de Reforma al sector, que buscó transformar la estructura de acceso y prestación de los servicios. Para ello se plantearon 4 objetivos:¹⁹

- Establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios.
- Ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social, facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal.
- Concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en las entidades federativas aún centralizadas y profundizarla en las restantes.
- Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada residente en áreas rurales y urbanas con acceso limitado o nulo.

El modelo que se perseguía era uno en donde el sector privado tuviera mayor participación, la seguridad social se ampliara y los sistemas estatales de salud operaran de manera

¹⁹ Poder Ejecutivo Federal, *op. cit.*, p. 14.

descentralizada. Esto partía del supuesto de que, de esta manera, el sistema sería eficiente y abarcaría a la totalidad de la población.

Los cuatro objetivos propuestos por la reforma se tradujeron en la modificación de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social en diciembre de 1995—que consistió en la creación de una nueva forma de administrar las pensiones a través de cuentas individuales—y la creación de un Seguro de Salud para la Familia, con el cual se pretendió cumplir con el objetivo de ampliar la cobertura de los servicios del IMSS a trabajadores independientes y de la economía informal.

Asimismo, se continuó con el proceso de descentralización hacia estados y municipios: a partir de 1998, se crea el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA, del Ramo 33, con el que se destinan recursos a los estados para que operen sus respectivos Servicios Estatales de Salud.

Con el fin de cubrir a la población sin acceso, se pusieron en marcha dos programas: el Programa de Ampliación de la Cobertura (PAC) y el componente de salud del Programa de Educación, Salud y Alimentación, PROGRESA. Con estos programas se brindaría un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS), el cual está conformado por 13 acciones prioritarias de bajo costo y alta eficiencia. El PBSS atendería factores de riesgo, lesiones y enfermedades de la población en marginación.

■ IV. RADIOGRAFÍA DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

Para medir la situación de la salud en un país, se utilizan indicadores de mortalidad general, infantil y materna, causas de enfermedad y la esperanza de vida al momento de nacer. El registro de las muertes y sus causas ha sido tradicionalmente más metódico y fiel que el registro de las enfermedades y sus causas, debido a que la ley exige contar con un acta de defunción. Los padecimientos de la población, en cambio, no son contabilizados de forma escrupulosa y detallada, especialmente en regiones marginadas donde, por lo general, no se cuenta con servicios básicos de salud. De esto se desprende un subregistro de las tasas de morbilidad a nivel nacional.

En México, los índices de mortalidad y el cambio en los patrones de morbilidad por sexo y edad han ido transformándose a lo largo de las últimas cuatro décadas. A pesar de ello, siguen persistiendo retos importantes en, por lo menos, dos sentidos: por un lado, la persistencia de enfermedades consideradas evitables (generalmente transmisibles, en su mayoría infecciones respiratorias agudas y gastrointestinales), que afectan sobre todo a los grupos de población más marginados y empobrecidos y, por otro lado, la intensificación de la prevalencia de enfermedades crónicas (como la diabetes mellitus, los padecimientos cardiovasculares, las cardiopatías y los tumores malignos), que demandan cada vez mayor atención e intervenciones médico-curativas altamente costosas y prolongadas.

MORTALIDAD

La situación de la mortalidad en México ha dado un giro que se ha acentuado en los últimos años: hace aproximadamente 25 años las enfermedades infecciosas eran las originarias de las principales causas de muerte; actualmente los primeros lugares de la lista los ocupan las

enfermedades crónico-degenerativas. Para 1999, la tasa de mortalidad general se ubicó en 4.52 defunciones por mil habitantes, y fue rebasada en los estados de Puebla, Oaxaca, Chihuahua y el D.F., que registran más de 5 defunciones por mil habitantes.²⁰

Las principales causas para la mortalidad materna son los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, parto y puerperio y la hemorragia del embarazo y parto.²¹ De acuerdo con la Secretaría de Salud, el 20.8 por ciento de los casos de muerte materna ocurren en el hogar, mientras que el 68.3 por ciento del total de los casos afecta a mujeres que no tienen derecho a la seguridad social. En términos del tamaño de las localidades y debido a la falta de acceso a servicios de salud, en las localidades con menos de 15 mil habitantes se concentra el 49 por ciento del total de las muertes maternas registradas. No obstante, del número total de muertes maternas que se registran, 47.7 por ciento tienen lugar en comunidades urbanas, siendo éste un alto porcentaje tomando en cuenta que es en las ciudades en donde hay mayor acceso a los servicios de salud. Pero como lo muestra la cifra, la atención no está siendo oportuna sobre todo para los embarazos de alto riesgo.

Estas cifras apuntan hacia la injusticia implícita en el actual sistema de salud, cuya falta de protección a las mujeres en condiciones de marginalidad es francamente discriminatoria. La tasa de mortalidad materna para 1999 fue de 5.3 por cada 10 mil nacidos vivos. Destaca el estado de Guerrero que reportó para el mismo periodo una tasa de 9.67, mientras que los estados de Tabasco, Oaxaca, Morelos, México, Chiapas y D.F. superaron la tasa de 6 muertes por cada 10 mil nacidos vivos.²² Estas tasas apuntan a que, evidentemente, México no ha cumplido con las metas establecidas en las conferencias de Cairo, Copenhague y Beijing, en donde se estipuló para el 2000 la reducción de las tasas de muerte materna a la mitad de sus niveles de 1990.²³ México debió pasar de una tasa de 5.4 en 1990 a una cercana a 2.7 para el año 2000, sin embargo el nivel de la referida tasa se ubicó en 4.9.²⁴

El caso de los indicadores de muerte en la infancia son de gran ayuda para comprender la situación socioeconómica de una población: "la tasa de mortalidad infantil guarda estrecha relación con los niveles de escolaridad de la madre. [...] la exclusión social que padecen las

²⁰ Secretaría de Salud, *La Situación de la Salud 1999*, México, www.ssa.gob.mx

²¹ Secretaría de Salud, *Informe de Labores 1999-2000*, México, 2000, p. 13.

²² Secretaría de Salud, *La Situación...*, op. cit.

²³ Véase el capítulo 8.21 del Programa de Acción de Cairo, párrafo 36d del Programa de Acción de Copenhague y artículo 106i de la Plataforma de Acción de Beijing.

²⁴ Secretaría de Salud, *Informe...*, op. cit., p. 13.

mujeres en materia educativa tiene severas repercusiones en la sobrevivencia de sus hijos.”²⁵ La tasa de mortalidad infantil para 1999 fue de 14.55 por cada mil nacidos vivos registrados. El estado de Tlaxcala presentó la tasa más alta, con un 25.47, mientras que los estados de Puebla y México presentaron tasas superiores a las 20 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados.²⁶

Como ya se ha mencionado anteriormente, a consecuencia de la transición epidemiológica y demográfica, las enfermedades crónico-degenerativas (en particular las del corazón, los tumores malignos y la diabetes mellitus), junto con los accidentes, son ahora las principales causas de muerte (tabla I).

Tabla I: Principales Causas de Muerte 1999

CAUSA DE MUERTE	NÚMERO	PORCENTAJE
Total	443,950	100.00
Enfermedades del corazón	69,278	15.9
Tumores malignos	53,662	12.09
Diabetes mellitus	45,632	10.28
Accidentes	35,690	8.04
Enfermedades del hígado	27,040	6.09
Enfermedades cerebrovasculares	25,836	5.82
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	19,268	4.34
Influenza y neumonía	14,068	3.17
Homicidios	12,249	2.76
Las demás causas	141,277	31.81

Fuente: Secretaría de Salud, La situación de la salud 1999, www.ssa.gob.mx

MORBILIDAD

De acuerdo al origen de los padecimientos, se puede dividir a las enfermedades en dos grandes rubros: las enfermedades infecto contagiosas, que son aquellas causadas por algún agente

²⁵ Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *Perfil Estadístico de la Población Mexicana: una aproximación a las inequidades socioeconómicas, regionales y de género*, México, 1995, p. 43.
²⁶ Secretaría de Salud, *La Situación...* op. cit.

portador; y las enfermedades crónico degenerativas, refiriéndose a padecimientos ocasionados por el envejecimiento y hábitos de salud poco favorables, como el alcoholismo, tabaquismo y el sedentarismo. Las siguientes enfermedades son las que, durante 1999, registraron más casos, o bien enfermedades que son consideradas como importantes por el sector salud, debido a su incidencia en zonas marginadas.

ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS

Los dos padecimientos más relevantes de este tipo de enfermedades—debido a que afectan principalmente a la población menor de 5 años—son las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas. Ambas están estrechamente ligadas a la situación social de los infantes y sus familias, así como a la oferta de servicios de salud en el lugar donde habitan. Las IRA se constituyen como la primera causa de morbilidad entre los menores de 5 años.²⁷ Para 1999, se registraron 29 millones 130 mil 924 casos de infecciones respiratorias agudas, de los cuales el Estado de México y el D.F. contribuyeron con cerca de 3 millones de casos cada uno.²⁸ Las principales enfermedades respiratorias por su incidencia son la tos ferina, difteria y meningitis.

En el caso de las enfermedades diarreicas, además de que también afectan principalmente a niñas y niños menores de cinco años, están directamente asociadas a condiciones de insalubridad y marginación. La tasa de mortalidad infantil a causa de enfermedades infecciosas intestinales para 1999 fue de 72.1 por 100 mil nacidos vivos registrados.²⁹

La tuberculosis pulmonar ocupó el lugar 19 en la lista de las principales causas de muerte en el país para 1999 y, actualmente, más de 25 por ciento de los casos están asociados a diabetes mellitus, desnutrición, alcoholismo y SIDA.³⁰ El número de casos para 1999 fue de 16 mil 881, siendo Veracruz y Chiapas los estados que mayor número de enfermos reportaron, con 2,004 y 1,515 casos, respectivamente.³¹

²⁷ Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, op. cit., p.51.
²⁸ Secretaría de Salud, *La Situación...*, op. cit.
²⁹ Ibid.
³⁰ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, México, 2001, p. 41.
³¹ Secretaría de Salud, *La Situación...*, op. cit.

Los primeros casos de SIDA en México se registraron al inicio de la década de los años ochenta. Desde ese momento y hasta 1997, el número de casos reportados fue de 32 mil 216.³² Sin embargo, debido a errores inherentes a los mecanismos de notificación, se sabe de la existencia de subregistros. Tomando en cuenta lo anterior, se estima que a finales de 1997 el número acumulado de casos registrados debió ser de aproximadamente 51 mil.³³ De acuerdo con esa cifra y usando estimadores de ONUSIDA, el número de personas infectadas con el VIH en México fue cercano a 204 mil.³⁴

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (AGENTES QUE TRANSPORTAN LA ENFERMEDAD)

El dengue es la enfermedad transmitida por un agente causal más importante en el país. Para prevenir o controlar esta enfermedad, se deben tomar acciones dirigidas a los mosquitos transmisores, los cuales se reproducen y viven en ambientes domésticos.³⁵ Para 1999, las notificaciones a nivel nacional fueron de 22 mil 982 casos de dengue clásico y 220 de dengue hemorrágico.³⁶ Desde 1995 a la fecha, los estados de Veracruz, Tabasco, Tamaulipas, Nuevo León, Chiapas, y Oaxaca son los de mayor riesgo para contraer el dengue, y han concentrado la mitad del total de los casos del país.³⁷

Por su parte, el paludismo (transmitido por la picadura de mosquitos del género Anopheles) se concentra en regiones pequeñas y en 1999 se reportaron 6 mil 402 casos, teniendo el estado de Oaxaca la mitad del total de casos reportados.³⁸

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

El abatimiento de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades infecto-contagiosas ha favorecido el incremento en la esperanza de vida de los mexicanos y mexicanas. Sin embargo, ahora se registran enfermedades postransicionales, que son aquéllas asociadas a hábitos de vida poco saludables, como el tabaquismo, el alcoholismo y el sedentarismo. Este tipo de padecimientos van en aumento y abarcan la diabetes mellitus, las enfermedades hipertensivas y los tumores malignos, principalmente.

³² R. de la Fuente y J. Sepúlveda Amor (comps.), *Diez Problemas Relevantes de Salud Pública en México*, Fondo de Cultura Económica, México, 1999, p.210.

³³ *Ibid.*, p.210.

³⁴ *Loc. cit.*

³⁵ Secretaría de Salud, *Informe...*, op. cit., p. 75.

³⁶ Secretaría de Salud, *La Situación...*, op. cit.

³⁷ Secretaría de Salud, *Informe...* op. cit., p. 76.

³⁸ Secretaría de Salud, *La Situación...* op. cit.

En 1999, se reportaron 284 mil 811 casos de diabetes mellitus, siendo el D.F. el lugar de mayor incidencia, con 40 mil 749 casos, mientras que al Estado de México le correspondieron 27 mil 299 casos.³⁹

El cáncer cérvico uterino (CACU) está asociado a condiciones de pobreza y marginación de las mujeres mexicanas, dado que son estas mujeres las que difícilmente pueden acceder a los mecanismos de detección oportuna de la enfermedad, así como a su tratamiento adecuado. Es la principal causa de muerte entre las mujeres a partir de los 25 años,⁴⁰ habiéndose estimado que “cada dos horas, aproximadamente, fallece una paciente a causa de este tumor. Paradójicamente, si se detecta en fases iniciales esta enfermedad es 100% curable”.⁴¹ Durante 1999 se reportaron 7 mil 499 casos, siendo Nuevo León el estado de mayor incidencia, con 992 casos.⁴²

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Secretaría de Salud, *Informe...*, op. cit., p. 49.

⁴¹ R. de la Fuente y J. Sepúlveda Amor, op. cit., p. 187. El dato corresponde a 1995, año en el que se reportaron 4,392 muertes a causa del cáncer cérvico uterino.

⁴² Secretaría de Salud, *La Situación...*, op. cit.

■ V. EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001-2006: CURITAS PARA LA SALUD

El eje central de la propuesta del Programa Nacional de Salud (PNS) es la “democratización de la salud”⁴³ la cual “implica primeramente crear las condiciones para que toda la población pueda acceder a los bienes y servicios sociales correspondientes, independientemente de su capacidad de pago o de la facilidad de acceso al lugar donde habita. La protección a la salud no puede ser considerada una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio: es un derecho social [...]”.⁴⁴

No obstante el discurso democratizador y de derechos que permea al PNS, su concepto de atención universal, basado en el análisis costo - efectividad de las medidas propuestas, se contrapone al cabal disfrute del derecho a la salud de las mexicanas y los mexicanos más pobres, los excluidos de siempre. Particularmente, la atención a los pobres y la introducción del esquema del prepago apuntan en este sentido.

Para lograr los objetivos propuestos en el PNS se definen diez estrategias:⁴⁵ cinco son de carácter sustantivo y, como tal, se relacionan con los objetivos básicos del sistema, mientras que otras cinco son instrumentales, buscando influir en el sistema a través de su propio fortalecimiento. Estas estrategias son:

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud

⁴⁴ *Ibid.*, p. 17.

⁴⁵ *Ibid.*, pp. 81s.

5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud
7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud
9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención.
10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

A continuación, se analizarán las líneas principales de algunas de estas diez estrategias, así como sus implicaciones.

ESTRATEGIA 1. VINCULAR LA SALUD CON EL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL ⁴⁶

Los propósitos generales de esta estrategia son: a) promover que todo proyecto de desarrollo tome en consideración sus efectos sobre la salud, para así garantizar el diseño e implantación de políticas saludables; b) promover actividades multisectoriales sobre los determinantes de la salud, en especial sobre el crecimiento y distribución de la población, la educación—con énfasis en mujeres—, alimentación, agua potable y saneamiento, vivienda, medio ambiente, seguridad vial, seguridad pública, salud en el trabajo, recreación y deporte.

En esta estrategia destacan dos de las cuatro líneas de acción que la componen:

“Fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud” e “Impulsar políticas fiscales saludables”.

FORTALECER LA ACCIÓN COMUNITARIA A FAVOR DE LA SALUD

Esta línea de acción, orientada al auto cuidado de la salud, a través del Programa de Acción de Comunidades Saludables, transfiere la responsabilidad del Estado de proteger la salud a los ciudadanos mismos. Desde la óptica del PNS se trata de que los ciudadanos “ejercen sus derechos y responsabilidades” por medio del auto cuidado. En el contexto actual del abandono

⁴⁶ *Ibid.*, pp. 82s.

de la responsabilidad y acciones estatales en materia de salud, así como de infraestructura insuficiente de atención, el auto cuidado resulta ser, en el mejor de los casos, una salida fácil.

Las actividades que se desprenden de esta línea de acción se enfocan a la promoción de la salud, capacitación del personal para la promoción y la certificación de “comunidades saludables”, así como para la evaluación de los programas municipales de promoción de la salud. Encaminar los esfuerzos a la promoción de la salud, que es una actividad costo–eficiente, resulta más atractivo que la atención integral a la salud de los ciudadanos.

IMPULSAR POLÍTICAS FISCALES SALUDABLES

En esta línea de acción es de destacarse la promoción del prepago de seguros de salud, mediante estímulos fiscales. Esto se vincula de manera directa con la quinta estrategia, que busca un esquema de aseguramiento para toda la población a través de tres esquemas: el seguro popular, la ampliación de la afiliación al seguro social y el prepago privado.

ESTRATEGIA 2. REDUCIR LOS REZAGOS EN SALUD QUE AFECTAN A LOS POBRES ⁴⁷

Mediante esta estrategia se busca enfrentar los problemas del rezago epidemiológico, en la lógica de que “la causa fundamental de estos problemas es la pobreza, por lo que su solución definitiva depende de la reducción de la misma. Sin embargo, existe información que demuestra que aún en presencia de esta condición es posible reducir considerablemente el peso de estas enfermedades a través de intervenciones altamente efectivas que tienen un costo razonable”.⁴⁸

Las “intervenciones altamente efectivas que tienen un costo razonable” son similares al paquete básico de servicios establecido en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000, definido explícitamente como “el mínimo de intervenciones de salud que debe otorgarse a toda la población en respuesta a sus necesidades prioritarias (factores de riesgo, lesiones y enfermedades). Se trata de intervenciones clínicas, de salud pública y de promoción de la salud factibles de implementar, de bajo costo y alto impacto”.⁴⁹

⁴⁷ *Ibid.*, pp. 89s.

⁴⁸ *Loc. cit.*

⁴⁹ Poder Ejecutivo Federal, *op. cit.*, Anexo B.

Las líneas de acción de esta estrategia incluyen actividades de atención médica básica, promoción de la salud, capacitación, saneamiento ambiental y otra serie de actividades que tienen un costo razonable. Las líneas de acción son: garantizar un arranque parejo en la vida (referida a la atención materno – infantil), mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas, controlar la tuberculosis, controlar las enfermedades transmitidas por vector (dengue y paludismo), disminuir los casos de cáncer cérvico–uterino y atender otros problemas relacionados con el rezago.

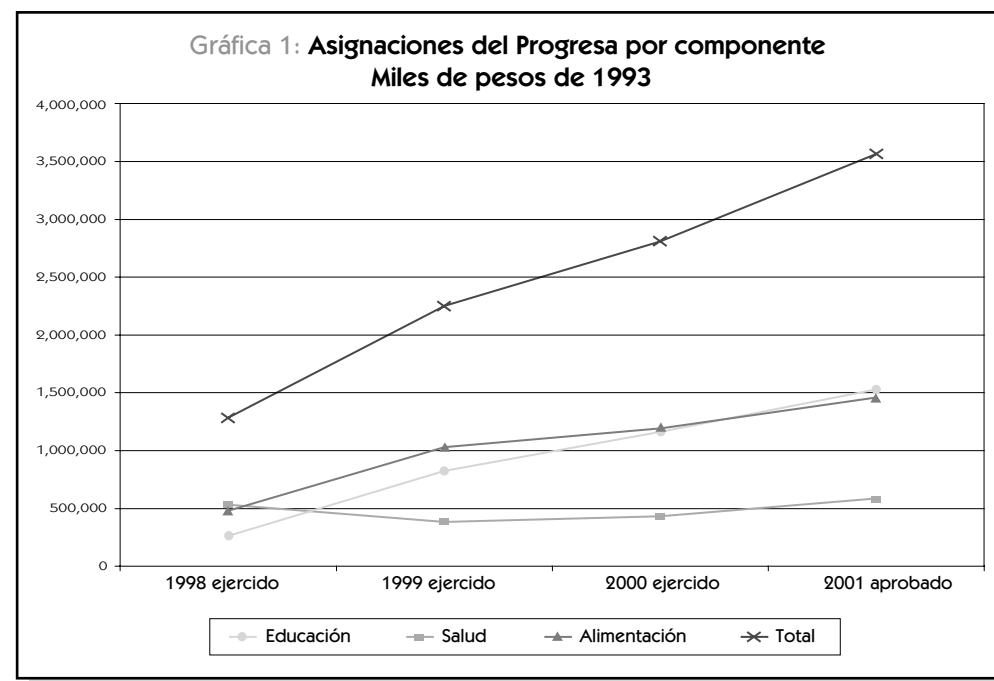
Para enfrentar los problemas del rezago, en el PNS se plantea que “es necesario garantizar el acceso efectivo de la población de alta marginación, tanto rural como urbana, a servicios de salud mediante la focalización de ciertos programas (PROGRESA, Arranque Parejo en la Vida, Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas) en las comunidades y grupos poblacionales más vulnerables”.

La atención a los problemas del rezago mediante la focalización puede ser seriamente cuestionada como alternativa viable, pues la focalización presenta problemas que se desprenden de los criterios utilizados para identificar a los grupos a quienes se dirigirán los recursos. ¿Quiénes entran?, y más importante aún, ¿quiénes quedan fuera?

El Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) establece criterios de cercanía a servicios de salud, escuelas y carreteras como determinantes para recibir los beneficios del programa.⁵⁰ Estos criterios excluyen a las localidades más marginadas, las cuales se encuentran más allá de las distancias establecidas y, por lo tanto, quedan excluidas de todo beneficio del programa.

Además, basta revisar los recursos asignados en materia de salud a los programas focalizados para entender que son insuficientes para combatir los rezagos existentes. En la siguiente gráfica se puede apreciar un ejemplo de lo anterior: entre 1998 y 2001 el comportamiento del total del Progresá muestra un incremento real del 177 por ciento. Sin embargo, si se observan las variaciones en los componentes, se puede apreciar que el de salud ha decrecido entre 1998 y 1999 y es el que menos participación ha tenido en el lapso analizado.

⁵⁰ El Progresá solamente opera en localidades que tienen una escuela a máximo 5 kilómetros de distancia y un centro de salud a máximo 10 kilómetros.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 1998, 1999 y 2000 y del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001.

La estrategia de utilizar programas focalizados para garantizar el acceso efectivo de la población marginada a los servicios de salud tiene tintes de ser “un curita para la salud”, en la medida en que no abarcan a la totalidad de la población que carece de servicios de salud y porque el presupuesto utilizado para operarlos es sumamente exiguo comparado con las necesidades de la población marginada.

ESTRATEGIA 5. BRINDAR PROTECCIÓN FINANCIERA EN MATERIA DE SALUD A TODA LA POBLACIÓN

Para fortalecer el aseguramiento anticipado y desalentar el “pago de bolsillo” de los servicios de salud el PNS propone consolidar la protección básica y promover el seguro popular, promover y ampliar la afiliación al seguro social, ordenar y regular el prepago privado y articular el marco de aseguramiento en salud.⁵¹

⁵¹ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006... op. cit.*, pp. 116s.

CONSOLIDAR LA PROTECCIÓN BÁSICA

En esta línea de acción se plantea que “los programas para ampliar la cobertura de servicios de salud a poblaciones marginadas, como el Progreso, el Programa de Ampliación de Cobertura y el IMSS-Solidaridad, se han centrado en la provisión de intervenciones básicas [...] Para consolidar esta protección básica es necesario avanzar en el doble frente de la cobertura geográfica y la integralidad de la atención”.⁵² Esta línea de acción en realidad es una propuesta para operativizar la estrategia 2, que plantea reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres mediante “intervenciones altamente efectivas que tienen un costo razonable”.

Adicionalmente, en esta línea de acción se plantea que “habrá que fortalecer la oferta de mejores servicios de primer nivel y los mecanismos de referencia de pacientes para ampliar la gama de servicios dirigidos a las poblaciones marginadas dentro del nuevo Modelo Integrado de Atención a la Salud, MIDAS”.⁵³ Esta propuesta se comentará en el contexto de la estrategia 8.

SEGUROS DE SALUD POPULAR

El objetivo de esta propuesta es incorporar a la totalidad de la población a un esquema de aseguramiento estructurado. Para este fin, “se promoverá un seguro popular que, como una de las opciones, permitirá a los hogares de bajos ingresos acceder al Seguro de Salud de la Familia del IMSS mediante un subsidio escalonado según la capacidad de pago de cada hogar. Este subsidio, en determinados casos, podría llegar a cubrir casi la totalidad de la cuota familiar. La identificación de los hogares pobres se hará con base en los padrones de los programas sociales a cargo de Sedesol”.⁵⁴

El PNS prevé que los avances en este esquema dependerán de la disponibilidad de recursos así como de la infraestructura hospitalaria suficiente y “la existencia de poblaciones organizadas con capacidad de contribuir parcial y voluntariamente al costo subsidiado de la prima del seguro popular”.⁵⁵

Las metas son ambiciosas, pues estiman garantizar que para el 2006 toda la población abierta esté cubierta con este esquema. Para lograrlo “se requerirá de un esfuerzo adicional de estados y municipios, que deberán seguir extendiendo la oferta de servicios en el marco de la federalización del sistema de salud”.

⁵² *Loc. cit.*

⁵³ *Loc. cit.*

⁵⁴ *Ibid.*, p. 117.

⁵⁵ *Ibid.*, pp. 117s.

¿ES VIABLE EL PREPAGO?

En el capítulo I del PNS, en que se realiza un diagnóstico de la salud y los servicios de salud en México, se plantea que uno de los tres retos del sistema de salud mexicano es la protección financiera de los hogares. Se parte del hecho de que, de acuerdo con los datos de las cuentas nacionales, el “50 por ciento del gasto total en salud es gasto privado y más del 90 por ciento del mismo es gasto que proviene directamente del bolsillo personal [...] este último tiende a ser mayor, como porcentaje del ingreso total, en los hogares más pobres. Asimismo se calcula, conservadoramente, que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos se ven obligados a hacer uso de más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención a la salud, con lo que incurren en lo que se conoce como gastos catastróficos”.⁵⁶

En el diagnóstico del PNS se afirma que “los gastos catastróficos son menos comunes en las familias pobres aseguradas que entre las que no gozan de seguro”. Esto parece obvio, en la medida en que, en primer lugar, los asegurados tienen acceso a la seguridad social que se hace responsable de atender las necesidades de salud de sus beneficiarios y, en segundo lugar, porque no corren por cuenta del asegurado todas las cuotas de su seguro, sino que éste se integra mediante un esquema tripartita y solidario.

El esquema del prepago de seguros de salud por parte de la población abierta, que es también la más pobre, supuestamente les brindará protección financiera ante eventos catastróficos. Sin embargo, esta protección será de alcance limitado, pues habrá muchos que no tendrán los recursos para pagar el seguro y, por lo tanto, no tendrán acceso a sus beneficios. Mientras haya personas excluidas, no se podrá hablar de un sistema universal de salud y la obligación del estado sólo estará parcialmente cumplida con la oferta del seguro popular.

Es importante enfatizar que con el prepago se sientan las bases para que el gasto en salud sea cada vez más una responsabilidad de los ciudadanos y cada vez menos una responsabilidad estatal. La justificación para introducir el modelo del prepago en salud es que el “gasto de bolsillo” que realizan los ciudadanos para la atención de su salud “es la forma más ineficaz e inequitativa de financiar los servicios de salud” mientras que el prepago “promueve una utilización más racional de los servicios de salud, ya que los servicios de salud prepagados operan bajo sistemas de control de costos que favorecen la atención preventiva sobre la curativa y la atención ambulatoria sobre la hospitalaria”.⁵⁷

⁵⁶ *Ibid.*, pp. 57s.

⁵⁷ *Ibid.*, pp. 85s.

Es importante hacer dos comentarios. Por un lado, con la introducción del prepago se cambiará el esquema de financiamiento de la atención a la población abierta, pasando de un financiamiento público con cuotas de recuperación a un esquema de prepago del servicio de salud con subsidios públicos.

En primer término, es cuestionable la introducción del prepago pues, de acuerdo con la Ley General de Salud, los servicios públicos a la población en general se prestarán a los habitantes que lo requieran, rigiéndose por criterios de universalidad y de gratuidad, que a su vez se fundan en las condiciones socioeconómicas de los usuarios (art. 35). Esto significa que, en primera instancia, el gobierno tiene la obligación de prestar estos servicios de forma gratuita, lo cual ofrece mayores posibilidades de que la población reciba atención médica. En segunda instancia, la ley prevé que los ejecutivos federal y estatales determinen cuotas de recuperación por la prestación de los servicios de salud, tomando en cuenta el costo de los mismos y la condición socioeconómica de los usuarios. Estas cuotas deberán fundarse en el principio de solidaridad social, eximiendo de ellas a los usuarios que carezcan de recursos o que habiten en las zonas de menor desarrollo económico y social (art. 36).⁵⁸

En la lógica de la Ley General de Salud, primero está la oferta gratuita de los servicios de salud y después el cobro eventual de cuotas de recuperación. En el caso del prepago, primero está el pago y después la oferta del servicio.

Por otro lado es importante mencionar que la misma Ley establece que los recursos materiales, humanos y financieros para operar los servicios deben ser aportados por la Federación y las entidades federativas de acuerdo a lo que establezcan en los acuerdos de coordinación y con las disposiciones legales aplicables (art. 19). De manera que es obligación gubernamental aportar dichos recursos y complementariamente cobrar cuotas de recuperación.

Sería un error pasar por alto que la introducción del prepago tiene implicaciones para el acceso a los servicios de salud públicos—pues tendrán acceso quienes hayan prepagado su

⁵⁸ Ley General de Salud, Art. 36: las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia el ejecutivo federal y los gobiernos de las entidades federativas. Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario. Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud. A los extranjeros que ingresen al país con el propósito predominante de hacer uso de los servicios de salud, se cobrará íntegramente el costo de los mismos, excepto en los casos de urgencias.

seguro. Cabe preguntarse ¿qué pasará con aquellas personas que por su condición de pobreza no puedan prepagar un seguro?

Si, como se reconoce en el mismo diagnóstico del PNS, dos de cada diez mexicanos postergan la atención de su salud o incluso renuncian a ella, a la vez que un alto porcentaje de las personas encuestadas reportó haber tenido que disminuir sus gastos en otros rubros para cubrir sus gastos de salud ¿en qué les beneficiará el seguro prepagado, si tampoco tendrán dinero para comprarlo?

Para paliar el problema de la falta de recursos de la población para prepagar un seguro de salud, el PNS plantea que habrá un subsidio escalonado para el aseguramiento de los más pobres. Sin embargo, es previsible que muchos quedarán fuera del subsidio focalizado del gobierno, pues éste se basará en padrones de los programas sociales a cargo de Sedesol, mismos que, como ya se mencionó en la estrategia 2, presentan serias limitaciones de exclusión. Entonces cabe preguntarse ¿cuál será el destino de la atención de la salud de esta población? ¿Dónde quedará su derecho a la salud si no pueden pagar su seguro y no serán beneficiarios de los subsidios gubernamentales?

Por otra parte, se prevé que una de las opciones para garantizar el acceso de la población más pobre a los servicios de salud sea mediante el Seguro de Salud de la Familia, del IMSS. Para cumplir la meta de cobertura total para el 2006, se requerirá un esfuerzo adicional de los sistemas estatales de salud. Además, se reconoce que el avance de este esquema dependerá de la disponibilidad de recursos, así como de la infraestructura hospitalaria suficiente.

Al respecto es importante comentar que el IMSS, en su Diagnóstico de 1995, reporta algunos problemas que han sobrecargado las finanzas del Instituto. En su concepción original, el financiamiento del IMSS “se ha vinculado a la nómina [...] y no obstante que en 1973 se amplió la concepción hacia la ‘seguridad social’, y se incluyeron algunos nuevos esquemas de financiamiento para ciertos grupos bajo la denominación de regímenes modificados, en su mayor parte el IMSS se sigue financiando de las contribuciones sobre la nómina”.⁵⁹

⁵⁹ Instituto Mexicano del Seguro Social, *Diagnóstico*, México, marzo de 1995, p. 22.

Además, el IMSS reporta en su Diagnóstico que en el ramo del seguro de enfermedades y maternidad “existe un desequilibrio financiero en la prestación de los servicios médicos [...] Los esquemas modificados han mostrado ser una carga financiera [...] El diferimiento de servicios resultante de los diversos problemas se estima en horas o días para el primer nivel; días o semanas para el segundo nivel y semanas e incluso meses en el tercer nivel de atención [...] Hay una reciente insatisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios, en particular en el primer nivel de atención”.⁶⁰

En lo referente al primer nivel de atención, el Diagnóstico no resulta más alentador; es el nivel de atención más vulnerable del Instituto y en él “los problemas detectados incluyen largas esperas para recibir consulta, diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico, falta de medicamentos, escasez y obsolescencia de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de la unidad [...] Lo anterior incide en la baja capacidad para resolver eficazmente dentro del primer nivel de atención un número significativo de los padecimientos de la población [...]”.⁶¹

Por su parte, los servicios de la SSA no escapan a las limitaciones pues, como se reconoce en el mismo diagnóstico del PNS, basado en un Diagnóstico Basal de Calidad, “en las unidades de primer nivel había serios problemas de abastecimiento de medicamentos y equipo [...] En los hospitales, el equipamiento con frecuencia era insuficiente y obsoleto”.⁶²

En síntesis, tanto el IMSS como la SSA enfrentan importantes problemas para ofrecer sus servicios de manera suficiente y satisfactoria a la población. Entonces, cabe cuestionar la viabilidad de la propuesta de incluir masivamente a la población abierta en el Seguro para la Familia, sin antes resolver la insuficiencia de infraestructura y resolver los problemas del primer nivel de atención del IMSS.

Por su parte, el esfuerzo adicional que se les solicita a los estados y municipios, en nombre del federalismo, para extender la oferta de servicios y cumplir la meta de aseguramiento de toda la población en el esquema del seguro popular es un desatino, si se toma en consideración que los recursos que llegan a las arcas de estos niveles de gobierno para la atención a la salud provienen, en su mayoría, de los recursos que la Federación les transfiere a través del FASSA, del ramo 33.

⁶⁰ *Ibid.*, pp. 31-32.

⁶¹ *Ibid.*, p. 43.

⁶² Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006... op. cit.*, pp. 52s.

Finalmente, el PNS reconoce que el avance del esquema de aseguramiento dependerá de la disponibilidad de recursos en los presupuestos anuales, así como de la suficiencia de la infraestructura hospitalaria. Sin duda, ésta es una gran verdad considerando la insuficiencia reportada tanto por el IMSS como por la SSA. Sin embargo, como se verá en la estrategia 10, las propuestas al respecto son limitantes para el desarrollo de la infraestructura.

ARTICULAR EL MARCO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Esta línea de acción se implementará a través del Programa de Acción para la Protección Financiera en Salud, que “contempla la oferta gradual de alguna modalidad de seguro de salud a todos los hogares del país [...]”.⁶³

Para ello, habrá una “vinculación directa de las aportaciones provenientes de los impuestos generales que el Estado otorga para la salud con las necesidades de cada ciudadano o familia mexicana, sin importar la institución o dependencia, pública, social o privada, que presta el servicio” además de una “vinculación de los recursos con la demanda y no con la oferta de servicios”.⁶⁴

Respecto a esta línea de acción son muchas las dudas, pues su planteamiento es sumamente ambiguo. ¿Cómo vincularán los recursos con la demanda? ¿Ya no habrá presupuestos anuales de las instituciones? ¿Acaso no existe normatividad sobre la forma de presupuestar? Los presupuestos de la Federación ¿no son presupuestos por programa?

De acuerdo a la ley en la materia, el ejecutivo federal elabora un proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación, en el cual define el monto del presupuesto que se asignará a cada programa y define la unidad responsable de ejercerlo; posteriormente lo presenta al poder legislativo, que es el responsable de analizarlo y, en su caso, aprobarlo. Cuando en el PNS se plantea la “vinculación directa de las aportaciones provenientes de los impuestos generales que el Estado otorga para la salud con las necesidades de cada ciudadano o familia mexicana, sin importar la institución o dependencia, pública, social o privada, que presta el servicio” se pensaría que los recursos pueden ser aportados incluso a instituciones privadas. ¿Acaso no se está vulnerando la normatividad vigente? ¿No se están dejando de lado las atribuciones del poder legislativo en materia presupuestal?

⁶³ *Ibid.*, pp. 119s.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 120.

ESTRATEGIA 6. CONSTRUIR UN FEDERALISMO COOPERATIVO EN MATERIA DE SALUD⁶⁵

Esta estrategia está integrada por líneas de acción que buscan llevar las decisiones y recursos al nivel de gobierno adecuado para acercar los servicios a los ciudadanos y lograr una distribución más equitativa de oportunidades.

En el PNS, se presenta al federalismo y la descentralización como ejes fundamentales, en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, donde se incorporan como elementos prioritarios. Para el actual sexenio, se introduce la figura del federalismo cooperativo, que busca estructurar las líneas de acción del PNS en cuatro niveles de gobierno, es decir el federal, estatal, municipal y regional [sic].⁶⁶

ESTABLECER NUEVOS MECANISMOS PARA LA ASIGNACIÓN EQUITATIVA DE LOS RECURSOS

En el PNS 2001-2006, se hace énfasis en la ampliación de la atención en salud a los sectores de la población que no son asegurados. Un mecanismo para el cumplimiento de dicho objetivo es replantear la fórmula de asignación presupuestal del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33, ya que actualmente a las entidades federativas que se ubican en la calidad de rezagadas o con déficit presupuestal en relación al “gasto mínimo aceptable”, se les asigna solamente “los remanentes del FASSA, es decir, los recursos excedentes después de cubrir sueldos, salarios y gastos de operación e inversión”.⁶⁷ Evidentemente, hay un déficit en esta forma de asignación presupuestal, que provoca, tal como se plantea en el documento, una permanente inequidad; por tanto, como está establecido por la Ley de Coordinación Fiscal, se debería presentar una iniciativa de ley que reforme el actual esquema.

Es importante resaltar que este proceso puede implicar la creación de un espacio para que el tema de la reforma al sector salud sea discutido de manera amplia por diversos sectores de la sociedad mexicana, abarcando desde especialistas en el área de la salud hasta la población en general, pasando por los representantes políticos de todos los niveles y de organizaciones no gubernamentales especializadas en el tema.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 120.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 121.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 125.

Por último, considerando el alto monto del FASSA, es central conocer la situación de los estados en materia de infraestructura e implementación hospitalaria o de servicios de salud en general, incluyendo la distribución presupuestaria por estado.

Tabla II: Unidades médicas según entidad federativa; población derechohabiente y población abierta: 1999

ENTIDAD FEDERATIVA	Total Nacional	Total Estatal	Unidades Consulta Externa	Unidades Consulta	Puestos Auxiliares en fábricas	Unidades Móviles	Unidades de Hospitalización	Hospital General	Hospital Especialidad
Total	18 335		17 348	15 306	521	1520	987	816	171
Aguascalientes		116	106	102	3	0	10	7	3
Baja California		225	206	179	6	21	19	19	0
Baja California Sur		165	146	117	16	13	19	17	2
Campeche		278	259	159	14	86	19	17	2
Coahuila		391	350	291	18	41	41	34	7
Colima		160	150	127	2	21	10	10	0
Chiapas		1033	993	892	11	90	40	38	2
Chihuahua		570	534	478	7	49	36	32	4
Distrito Federal		764	655	537	88	30	109	42	67
Durango		471	453	402	32	19	18	17	1
Guanajuato		616	586	557	7	22	30	24	6
Guerrero		989	961	899	11	51	28	28	0
Hidalgo		710	684	672	9	3	26	24	2
Jalisco		1017	967	750	65	152	50	38	12
México		1255	1191	1111	20	60	64	55	9
Michoacán		892	850	733	8	109	42	39	3
Morelos		277	265	256	4	5	12	11	1
Nayarit		348	335	297	11	27	13	13	0
Nuevo León		559	531	479	10	42	28	18	10
Oaxaca		1175	1138	1018	9	111	37	35	2
Puebla		974	923	865	16	42	51	47	4
Queretaro		291	283	224	5	54	8	7	1
Quintana Roo		199	186	175	5	6	13	12	1
San Luis Potosí		545	524	404	6	114	21	19	2
Sinaloa		469	444	397	27	20	25	23	2
Sonora		400	358	341	5	12	42	35	7
Tabasco		604	579	456	8	115	25	22	3
Tamaulipas		497	460	415	13	32	37	33	4
Tlaxcala		203	195	194	0	1	8	7	1
Veracruz		1431	1355	1173	57	125	76	68	8
Yucatán		322	304	257	26	21	18	13	5
Zacatecas		389	377	349	2	26	12	12	0

Nota: Para Chiapas las Unidades Especiales son para la población derechohabiente.
Fuente: Secretaría de Salud, *La Situación de la Salud por Entidad Federativa*, www.ssa.gob.mx

Como se observa en la tabla anterior, la atención que requiere de establecimientos especializados es la que eventualmente presenta mayores grados de precariedad, además de que dicho tipo de establecimiento depende institucionalmente de instancias como el IMSS o el ISSSTE y, por lo tanto, no cubre las necesidades de la población abierta.

MUNICIPALIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD

Para municipalizar los servicios de salud, el planteamiento es ampliar las atribuciones de los municipios mediante su participación en “la determinación de prioridades, la formulación y ejecución de los programas de salud en su ámbito territorial, la participación en los órganos de decisión de nivel estatal, la gestión directa de los servicios de atención de primer nivel, y las decisiones sobre construcción y ubicación de unidades médicas nuevas o la ampliación de las existentes”.⁶⁸ Estos aspectos pueden estar muy acordes a las necesidades de participación en la toma de decisiones por parte del nivel político local, además de poner a disposición de otras instancias y niveles los conocimientos del estado de la realidad. Sin embargo, se observan temas no resueltos en esta propuesta.

Por ejemplo, en el documento se reconocen las debilidades actuales al señalar que, “dado el reducido tamaño de algunos municipios y la escala de operación que se requiere para cumplir con algunas de las tareas que han de asumir, en muchos casos se promoverá la agrupación de municipios, la gestión mancomunada de los servicios o incluso la operación bajo el marco de la jurisdicción”.⁶⁹ Se prevé que esto se logrará mediante un proceso implantado de manera paulatina.

El problema es que, ante estas carencias, nuevamente puede quedar como buena intención la descentralización hasta el nivel local, pues no se vincula directamente con la necesidad de recursos, es decir, que la fórmula de financiamiento de servicios se aplique según necesidades reales. Cabe preguntar, ¿es factible municipalizar los servicios de salud con asignaciones inequitativas del presupuesto?

FORTALECER LA COOPERACIÓN INTERESTATAL EN SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA Y SERVICIOS DE ESPECIALIDAD

En este planteamiento se evidencia un reconocimiento de las carencias existentes en el ámbito de la infraestructura y en la atención especializada, para lo cual se propone la “cooperación interestatal en servicios de salud pública y servicios de especialidad”.⁷⁰ Se observa

⁶⁸ *Ibid.*, p. 127.
⁶⁹ *Ibid.*, p. 128.
⁷⁰ *Ibid.*, p. 126.

también que la estrategia busca fortalecer la atención de primer nivel, en concordancia con lo cual se descentraliza el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) y se propone la ejecución de programas de salud en los municipios.

La intención es solucionar un problema de déficit presupuestario a costa de la satisfacción de las necesidades en salud de la población en México. Por ello, las soluciones no se encaminan hacia una mayor asignación de recursos al sector—ya sea a través de la SSA o del FASSA—sino hacia el traspaso de responsabilidades a la persona, al núcleo familiar, al municipio o a la entidad federativa, quienes deben encargarse de solucionar sus deficiencias mediante la eficiencia en el uso de los recursos y el trabajo conjunto con las demás entidades, mediante los acuerdos de compensación.⁷¹

Pese a las aparentes buenas intenciones, el PNS 2001-2006 deja vacíos o contradicciones. En el apartado Los retos de la calidad señala que “por lo que toca a las cirugías, cinco de cada 100 mexicanos reportan que necesitaron una cirugía en el último año. Sin embargo, sólo uno de ellos fue operado, reportando haber esperado 15 días para la intervención; dos estaban en lista de espera, y el resto no contaba con ninguna información sobre las posibilidades de ser atendido”.⁷² Esta situación difícilmente logrará resolverse mediante el federalismo cooperativo, sobre todo mientras éste no resuelva las carencias y brechas existentes en materia de infraestructura y recursos.

ESTRATEGIA 8. AVANZAR HACIA UN MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN A LA SALUD (MIDAS)

De acuerdo al PNS, el fundamento de la construcción del Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) es la transición mundial del “acto clínico curativo, hospitalario, especializado e institucional” a la promoción de “la salud preventiva en el medio familiar y en la comunidad”, la necesidad de acercar “la toma de decisiones y el manejo de los recursos al ámbito local”, así como la de otorgar a “los usuarios mayor capacidad de decisión”. El planteamiento es crear “un modelo comunitario, de atención integral, basado en compromisos, orientado al usuario y articulador del cuidado profesional con el autocuidado”.⁷³

⁷¹ *Ibid.*, p. 140.

⁷² *Ibid.*, p. 56.

⁷³ *Ibid.*, pp. 137s.

Para implementar esta estrategia se definen seis líneas de acción divididas en dos grupos, el primero dirigido a reorganizar los espacios de atención y el segundo a articular la prestación de los servicios.

REORIENTAR LAS ACCIONES DE SALUD AL MEDIO FAMILIAR Y COMUNITARIO

Mediante esta línea de acción se pretende transferir al medio familiar y comunitario la atención a la salud de enfermos, a través de servicios de enfermería comunitaria y domiciliaria, y del fomento de la participación de las ONG en la promoción de conductas saludables. Este esquema abarca la atención doméstica de pacientes terminales, enfermos mentales, enfermos crónicos, adultos mayores y discapacitados. Respecto a los pacientes terminales se prevé el fortalecimiento de unidades médicas que les den seguimiento, mientras que para los demás casos sólo se crearán “mecanismos de apoyo para la atención y el cuidado familiar y comunitario”, sin detallar cuáles serán esos mecanismos.

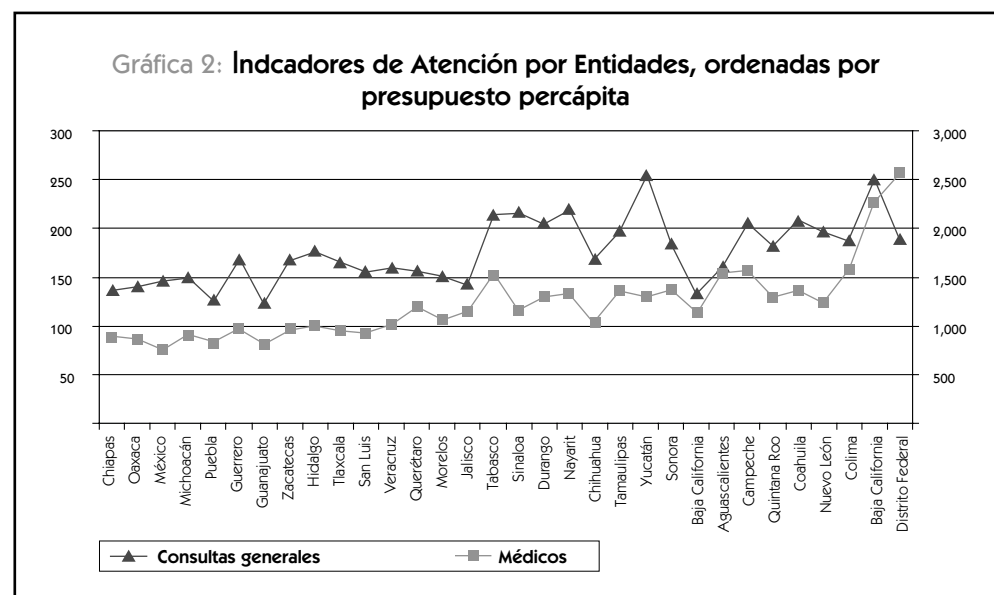
Ninguna acción va dirigida a la atención institucional de este tipo de enfermos, salvo la atención domiciliaria de los enfermos terminales. No se explicita si, además de la atención domiciliaria, se tiene previsto algún tipo de atención institucional para ellos.

FORTALECER LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La falta de capacidad resolutive del primer nivel de atención es explicada en el PNS por la “escasez de medicamentos e insumos básicos, problemas de capacitación del personal de salud y diversas barreras organizativas (horarios mal planeados, largos tiempos de espera, trato inadecuado)”.⁷⁴ Por ello, para fortalecer el primer nivel de atención se plantea atacar estos problemas, además de actualizar los mecanismos de referencia de los pacientes al segundo y tercer nivel de atención.

Es de llamar la atención que, dentro de las alternativas para fortalecer el primer nivel de atención, no se proponga incrementar el número de médicos y consultas, sobre todo en las entidades con mayor rezago pues, como puede observarse en la siguiente gráfica, son precisamente estos estados donde los niveles de atención son más precarios.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 138.



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, "Recursos y Servicios: estadísticas sociodemográficas", Boletín de Información Estadística núm. 19, 1999.

PROMOVER LA AUTONOMÍA DE GESTIÓN HOSPITALARIA Y LA GESTIÓN POR CONTRATO

En el PNS, se considera que el control centralizado de las unidades de salud incide de manera negativa en la calidad y la eficiencia de la atención a la salud, además de considerar que la asignación de recursos sobre bases históricas tiende a ser inequitativa e ineficiente, a la vez de perpetuar la inequidad y la ineficiencia.⁷⁵

Partiendo de este diagnóstico, se propone como alternativa la "autonomía hospitalaria y la asignación de recursos a los hospitales sobre la base de acuerdos de gestión, que son instrumentos contractuales que comprometen a los prestadores de servicios a cumplir con determinadas metas de cobertura y calidad a cambio de una cantidad determinada de recursos".⁷⁶ Se plantea que habrá "una transición gradual de la asignación de recursos sobre una base histórica a una asignación presupuestal basada en acuerdos de gestión", en los que se determinará la población

⁷⁵ *Ibid.*, p. 139.

⁷⁶ *Ibid.*, pp. 139s.

a cubrirse, los parámetros de asignación per cápita, el paquete de beneficios, las partidas que tendrán un manejo desconcentrado, así como las metas de cobertura y calidad.

Esta línea de acción se complementa con la que propone la "vinculación de los recursos con la demanda y no con la oferta de servicios",⁷⁷ pues se puede suponer que la "vinculación de los recursos con la demanda" será a través de los acuerdos de gestión.

Es un hecho que la asignación de recursos para la salud es sumamente inequitativa, sin embargo el camino propuesto para corregirla no considera la normatividad vigente en materia presupuestal. Si bien la asignación de recursos presupuestales se ha realizado sobre una base histórica, la normatividad establece que los recursos se asignan de acuerdo a programas. Asimismo, el Presupuesto de Egresos de la Federación debe ser aprobado por el poder legislativo. Por ende, la propuesta del PNS de presupuestar a través de acuerdos de gestión debe ser puesta a consideración del legislativo.

CREAR MECANISMOS DE COMPENSACIÓN ENTRE EL GOBIERNO FEDERAL Y LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

Esta línea de acción sugiere que los mecanismos de compensación deben ser entendidos como una "estrategia para fortalecer la separación del financiamiento y la prestación, romper barreras organizacionales y geográficas, y recompensar a los prestadores que ofrezcan los mejores servicios al menor costo. [...] Tiene[n] como objetivo que los recursos sigan al paciente" lo que pretende lograrse al establecer acuerdos de compensación entre entidades, municipios o instituciones y promover "la utilización plena de la capacidad instalada al fomentar la oferta de capacidad excedente a partir de arreglos en los que se identifiquen los mecanismos de traspaso de costos".⁷⁸

Respecto a esta línea de acción cabe comentar que, una vez más, no toma en cuenta la normatividad vigente en materia presupuestaria, en la cual la asignación de recursos está vinculada a determinados programas y metas; por ello la propuesta de "fortalecer la separación del financiamiento y la prestación" es contraria a la norma presupuestal actual.

⁷⁷ *Ibid.*, línea de acción 5.4, p. 120.

⁷⁸ *Ibid.*, pp. 140s.

Por otra parte, cabe resaltar que en la décima estrategia del PNS se plantea que la infraestructura del sector público de la salud enfrenta problemas de insuficiencia, pobre mantenimiento, obsolescencia y descuido.⁷⁹ Este diagnóstico se refuerza con los datos derivados tanto del diagnóstico del IMSS, como del Diagnóstico Basal de Calidad, que enfatizan los serios problemas que existen para satisfacer la demanda del primer nivel de atención. Ante estos hechos, reconocidos por el mismo PNS, se puede cuestionar seriamente la existencia de capacidad excedente—cuya oferta se plantea fomentar a través de los acuerdos de compensación.

ESTRATEGIA 10. FORTALECER LA INVERSIÓN EN RECURSOS HUMANOS, INVESTIGACIÓN E INFRAESTRUCTURA EN SALUD⁸⁰

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006, hay un reconocimiento del déficit en infraestructura para atención de segundo y tercer nivel, para lo cual se propone como solución el “federalismo cooperativo”, que busca que las acciones de cooperación interestatal se dirijan a los servicios de alta especialidad y salud pública”.⁸¹ Lejos de presentar esquemas que busquen desarrollar la infraestructura que hace falta, particularmente en los estados con alto grado de marginación, el federalismo cooperativo descansa en “la costumbre” de trasladarse a los estados colindantes para recibir atención de primer, segundo y tercer nivel—práctica que se desprende de la necesidad de satisfacer derechos básicos, como es el de la salud.

Esta estrategia responde mucho más a los argumentos de la racionalidad en el uso de los recursos y al aprovechamiento máximo de la infraestructura existente, que a una concepción integral del derecho humano a la salud. De hecho, el PNS parte de la idea de que no es necesario invertir en más infraestructura de este tipo, ya que “[...] la racionalidad en la aplicación de los recursos no justifica la creación de unidades de este tipo (infraestructura de alta complejidad) cuando se anticipa una baja demanda”.⁸²

Si bien se ofrece una salida al déficit de infraestructura, mediante actividades de control epidemiológico y eficiencia en el uso de recursos humanos y materiales—ya sea adquiriéndolos o intercambiándolos entre las entidades federativas colindantes—se están pasando por alto

⁷⁹ *Ibid.*, pp. 152s.

⁸⁰ *Ibid.*, p. 147.

⁸¹ *Ibid.*, p. 121.

⁸² *Ibid.*, p. 126.

las evaluaciones sobre el cambio epidemiológico, el cual no es exclusivo de las grandes urbes, ni se circunscribe a los sectores sociales de mayores ingresos, sino que se ha extendido a toda la población. Tampoco se considera el diagnóstico con respecto al rezago en infraestructura y al consecuente déficit en la entrega de atención de segundo y tercer nivel, que ya se ha mencionado.

Apelar a la “práctica habitual” de trasladarse por servicios médicos a otros estados, ignora el hecho de que buena parte de esta práctica responde a la carencia de servicios en el lugar de residencia, ya que el traslado para un enfermo(a) obviamente es más dificultoso y oneroso que para alguien sano.

En tercer lugar, esta propuesta no toma en cuenta el caso de estados colindantes con niveles similares e históricos de rezago, como es el caso de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, que bien podrían agruparse como una región. Para los tres estados sólo hay un hospital de especialidad para población abierta, y 3 unidades del mismo tipo para población derechohabiente.

Por último, esta propuesta no es congruente con la idea rectora de vincular los recursos con la demanda y no con la oferta de servicios—que ciertamente exigiría instalar la capacidad necesaria en aquellas regiones en las cuales la demanda ha estado históricamente insatisfecha.

En los siguientes tres capítulos se analizarán dos aspectos intrínsecamente relacionados con la viabilidad de las propuestas del Programa Nacional de Salud: los rezagos en materia de infraestructura y la inequidad en la distribución de los recursos entre entidades federativas.

VI. LA INFRAESTRUCTURA DE SALUD: PRIMERAS BRECHAS DE INEQUIDAD

El presente análisis se desarrolla en el marco del cambio epidemiológico que afecta al país, relacionando las enfermedades con la infraestructura existente para la atención de la salud.⁸³ Con base en el informe de la Secretaría de Salud, *La Situación de la Salud para el año 1999*, hemos desagregado la infraestructura según niveles de atención, en Consulta Externa, Unidades Móviles, Hospitales Generales y Hospitales de Especialidad.

En materia de enfermedades, se seleccionaron aquéllas que registraron el mayor número de casos durante 1999, haciendo una distinción entre enfermedades de tipo infecto-contagiosas y enfermedades crónico-degenerativas. Las infecto-contagiosas (IC) corresponden a la amibiasis intestinal, con un total nacional de 1,516,845 casos, infecciones respiratorias agudas, con 29,130,924 casos, e infecciones intestinales provocadas por otros organismos (IIOO), con un total de 4,862,618 casos.

Las enfermedades crónico-degenerativas (CD) consideradas son la diabetes mellitus, con un total nacional de 284,811 casos, la hipertensión arterial, con 405,687 casos y las enfermedades isquémicas del corazón, con 55,575 casos.

Se decidió interrelacionar las enfermedades CD con la infraestructura de Hospital de Especialidad y General, por la directa correspondencia entre el tipo de atención médica que requieren y la que ofrecen estas instancias, pertenecientes al segundo y tercer nivel de atención. Las enfermedades IC, por su parte, se correlacionaron con las unidades de Consulta Externa y Unidades Móviles, cuyos servicios se ubican en el primer nivel de atención. Este nivel se caracteriza por atender las manifestaciones o padecimientos que, según el diagnóstico de la Secretaría de Salud, pueden ser resueltos con medidas de prevención y una pronta, eficiente y eficaz atención.

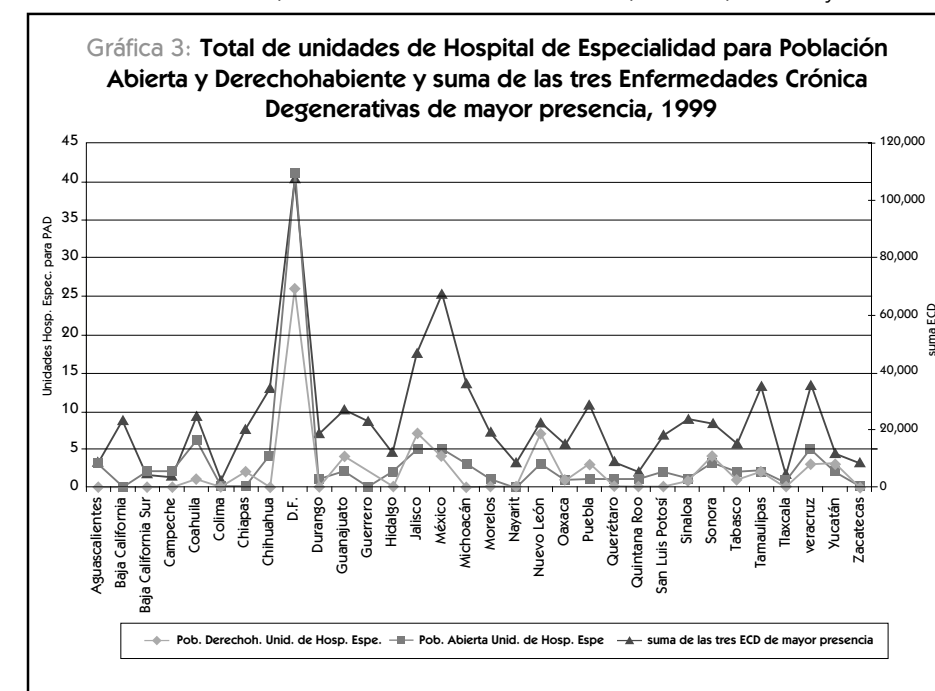
⁸³ La fuente utilizada para esta sección, salvo se indique lo contrario, es Secretaría de Salud, *La Situación...*, op. cit.

UNIDADES DE HOSPITAL DE ESPECIALIDAD

Al relacionar el total de unidades de Hospital de Especialidad para población abierta y población derechohabiente, con la suma de las tres enfermedades crónico-degenerativas de mayor presencia, llama la atención que algunas entidades federativas no cuentan con ninguna unidad de este tipo (gráfica VI). Para el caso de la población abierta, en Baja California, Colima, Chiapas, Guerrero, Nayarit, y Zacatecas no hay Hospitales de Especialidad; mientras que Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Colima, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tlaxcala y Zacatecas carecen de hospitales de este tipo para la población derechohabiente.

Vale la pena destacar que de todos los estados de la república, Baja California, Colima, Guerrero, Nayarit y Zacatecas no tienen ningún hospital de especialidad—independientemente de que se trate de población abierta o derecho habiente.

Asimismo, sobresalen estados con sólo una unidad para población abierta, como Durango, Morelos, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa y Tlaxcala, o una sola unidad para población derechohabiente, como en los casos de Coahuila, Oaxaca, Sinaloa y Tabasco.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, *La Situación de la Salud 1999*, México, www.ssa.gob.mx

También resalta notoriamente la situación del Distrito Federal, el cual cuenta con el mayor número de unidades de especialidad, tanto para población abierta como para población derechohabiente, con un total de 41 y 26 respectivamente; esta concentración responde, sin duda, al hecho de que enfermos que requieren de atención especializada se trasladan desde sus entidades a los hospitales ubicados en el Distrito Federal. A la capital le siguen, en total de unidades especializadas para la población abierta, Coahuila con 6 y Jalisco, México y Veracruz con 5 hospitales, mientras que para la población derechohabiente Jalisco y Nuevo León cuentan con 7 y México y Sonora con 4 hospitales de este tipo.

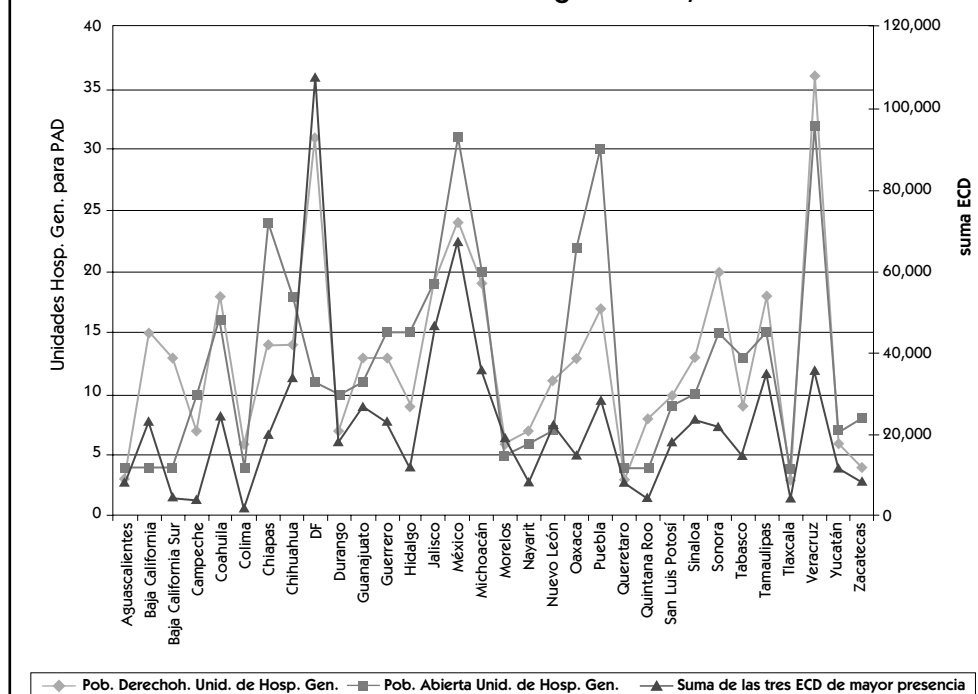
UNIDADES DE HOSPITAL GENERAL

En contraste con los servicios especializados, todas las entidades federativas cuentan con unidades de Hospital General para ambas poblaciones.

El número más bajo para atender las necesidades de la población abierta corresponde a 4 unidades, en los estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Colima, Querétaro, Quintana Roo y Tlaxcala. Para el caso de la población derechohabiente destacan Aguascalientes, Querétaro y Tlaxcala, con 3 hospitales de este tipo, seguidos por Zacatecas con 4.

El mayor número de hospitales generales para la población abierta se encuentra en Veracruz (32 en total), entidad a la que le sigue el estado de México con 31 y Puebla con 30 unidades. En dos casos, la más alta concentración de hospitales generales para la población derechohabiente coincide con el número más elevado de hospitales similares para la población abierta: Veracruz cuenta con 36 unidades, México con 24 y Sonora con 20. El número de unidades incluso supera al Distrito Federal, que tiene 31 hospitales generales para atender a la población derechohabiente, en contraste con 11 para la población abierta.

Gráfica 4: Total de unidades de Hospital de Especialidad para Población Abierta y Derechohabiente y suma de las tres mayores Enfermedades Crónico Degenerativas, 1999



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, *La Situación de la Salud 1999*, México, www.ssa.gob.mx

UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA

Para población abierta, los estados con mayor número de unidades de consulta externa son Veracruz (con 1,068), Oaxaca (con 1,039), Guerrero (con 961), México (con 956), Chiapas (con 873), Puebla (con 767) y Jalisco (con 708). Para la población derechohabiente son Veracruz (con 287), seguido de Jalisco (con 259), México (con 235), Puebla (con 156) y Chihuahua (con 128).

El Distrito Federal mantiene prácticamente un balance de 50 por ciento para cada tipo de población, ya que para la abierta presenta 327 unidades y para la derecho habiente el total es de 328 unidades.

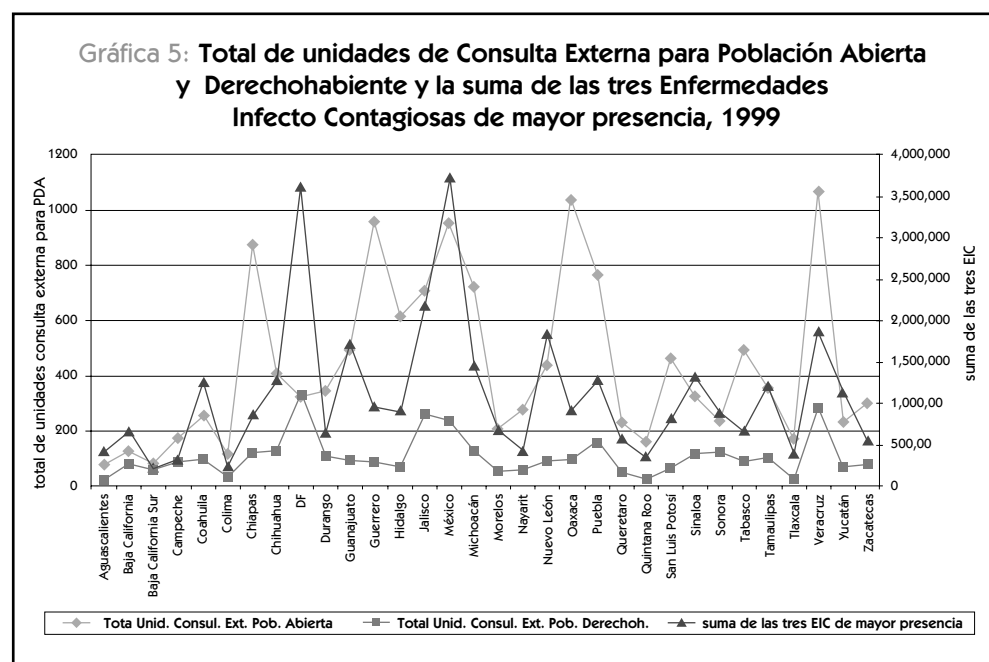
Los estados que presentan el menor número de unidades de consulta externa son, para el caso de la población abierta, Aguascalientes con 79 y Baja California Sur con 82; todos los demás estados tienen más de cien unidades. En el caso de la población derechohabiente destaca Tlaxcala con 24 unidades de este tipo, seguido por Quintana Roo con 25 y Aguascalientes con 27.

último el caso más dramático, pues tampoco cuenta con esta infraestructura para la población derechohabiente.

Pese a que hay más hospitales de especialidad para la población abierta que para la derechohabiente, existe un profundo problema de accesibilidad a éstos, pues no sólo hay estados donde la carencia es absoluta, sino que además la mayoría de estos establecimientos se concentran en el Distrito Federal. Las situaciones anteriormente señaladas, no se observan de forma tan marcada para el caso de las unidades de hospitalización general.

El Distrito Federal es el único lugar donde hay coherencia plena entre el número de casos de enfermedades y unidades de hospitalización, ya sea general o de especialidad, tanto para población abierta como para población derechohabiente.

Puede concluirse que en el sector salud se ha enfatizado la construcción de infraestructura ligada principalmente a la atención de primer nivel. Esto refleja claramente la importancia otorgada a la atención de la salud en el ámbito preventivo, tal como quedó patente en el Programa de Reforma a la Salud 1995-2000. Uno de los pilares de dicho programa fue la aplicación de un Paquete Básico, el cual contaba con 13 acciones de salud, orientadas a lograr que enfermedades que se presentan en un gran número de la población se previnieran o curasen mediante el autocuidado y servicios de salud que exigen de infraestructura e implementación médica de bajo nivel.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, *La Situación de la Salud 1999*, México, www.ssa.gob.mx

Los datos presentados anteriormente para los tres tipos de unidades de atención ilustran con claridad algunas de las brechas existentes en el sistema de salud. Existe coherencia entre la infraestructura del tipo de unidades de consulta externa con la prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas. Además, la mayoría de este tipo de infraestructura atiende a la población abierta, en contraste con el menor número dedicado a atender a la población derechohabiente.

En entidades federativas con altos índices de pobreza, para el caso de la población abierta hay un bajo número o simplemente no hay unidades de hospitalización de especialidad, lo cual es más grave si se considera el aumento en la incidencia de enfermedades del tipo crónico-degenerativas. En esta situación tenemos a los estados de Chiapas y Guerrero—siendo éste

VII. EL GASTO PÚBLICO EN SALUD: GEOGRAFÍA DE LA INEQUIDAD

Los principales indicadores de salud muestran que en los estados del sur existe un rezago importante, que está directamente asociado a la pobreza. La tasa de mortalidad de las niñas y los niños indígenas es 58 por ciento más alta que la de la infancia del resto del país. El riesgo de morir para una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces más alto que el de una mujer no indígena. Las principales causas de muerte entre este grupo de personas son: diarreas, muerte materna, tuberculosis y neumonías.

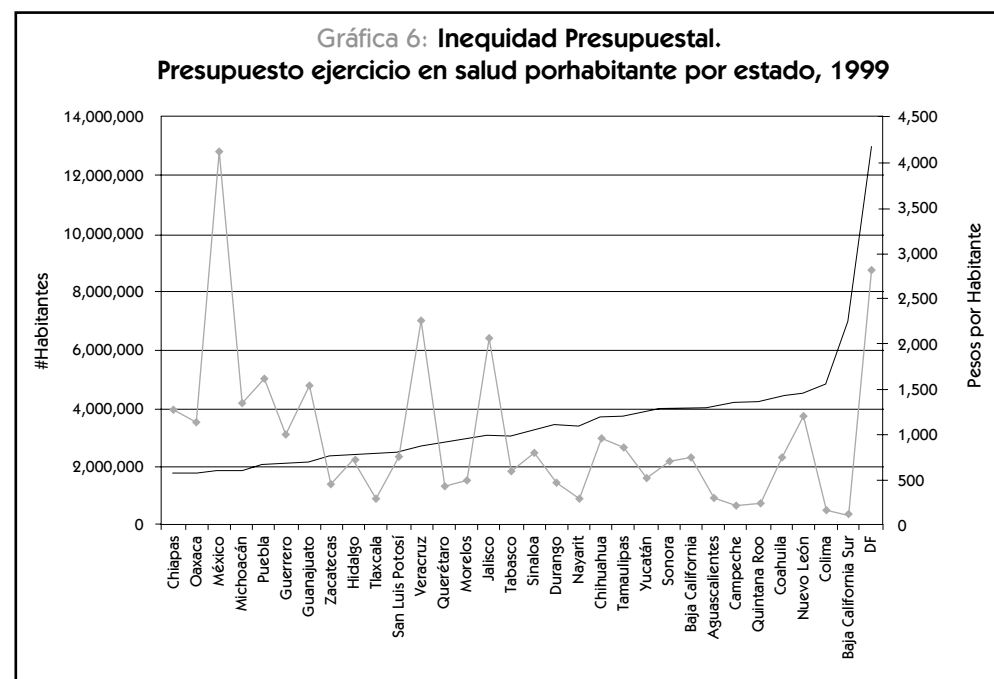
El gasto en salud entre los estados tiene un importante sesgo inequitativo, ya que no refleja las brechas existentes y, por lo tanto, perpetúa la disparidad en las condiciones de salud de los mexicanos. Los estados con mayores ingresos y mejores niveles de salud son los que tienen un mayor gasto en salud per cápita. La tabla II ilustra esta situación: presenta la suma del presupuesto ejercido durante 1999 por las instituciones que atienden a la población derechohabiente (IMSS, ISSSTE y PEMEX), a la población abierta (SSA, IMSS-Solidaridad e INI) y los recursos del ramo 33 destinados a la función 08 Salud.

Tabla III: Presupuesto Ejercido 1999 per capita, Función 08 Salud

ENTIDAD	FUNCIÓN 08 SALUD (pesos por habitante)	ENTIDAD	FUNCIÓN 08 SALUD (pesos por habitante)
Aguascalientes	1,303	Nayarit	1,100
Baja California	1,289	Nuevo León	1,455
Baja California Sur	2,255	Oaxaca	583
Campeche	1,351	Puebla	651
Coahuila	1,430	Querétaro	912
Colima	1,548	Quintana Roo	1,365
Chiapas	581	San Luis Potosí	790
Chihuahua	1,189	Sinaloa	1,053
Distrito Federal	4,156	Sonora	1,285
Durango	1,098	Tabasco	1,001
Guanajuato	683	Tamaulipas	1,220
Guerrero	663	Tlaxcala	774
Hidalgo	761	Veracruz	870
Jalisco	992	Yucatán	1,269
México	598	Zacatecas	741
Michoacán	609	Nacional	1,186
Morelos	964		

Fuente: Elaboración propia con datos de “La Situación de la Salud 1999”, www.ssa.gob.mx

De acuerdo con la tabla anterior, si bien el gasto público en salud para 1999 fue de mil 186 pesos para cada mexicana y mexicano, al bajar la lente al nivel estatal queda en evidencia lo desigual de la asignación presupuestal: para el Distrito Federal existe un presupuesto de 4 mil 156 pesos por habitante, que ciertamente refleja el hecho de que es aquí donde se concentran los hospitales de tercer nivel de atención—que atienden a población de todo el país. Sin embargo, hay diferencias significativas, como lo son el hecho de que Baja California Sur cuente con 2,255 pesos gastados en salud por habitante, mientras que a Chiapas tan sólo le corresponden 581 pesos per cápita. Estas inequidades se pueden apreciar con claridad en la Gráfica 6.



Fuente: Elaboración propia con datos de "La Situación de la Salud 1999"; www.ssa.gob.mx

Precisamente, en la zona del sureste de México es donde el gasto en salud per cápita registra los niveles más bajos. El estado de Chiapas contó en 1999 con un gasto per cápita de 581 pesos, es decir 7 veces menos que el D.F. Sin embargo, en ese estado de la república vive parte importante de la población más marginada del país, que además enfrenta una doble problemática en términos de enfermedades: por un lado, todavía persisten los padecimientos de origen infecto-contagioso, mientras que por el otro lado, los índices de mortalidad a causa de enfermedades crónico-degenerativas han ido en aumento. La misma situación se vive en los estados de Oaxaca y Guerrero.

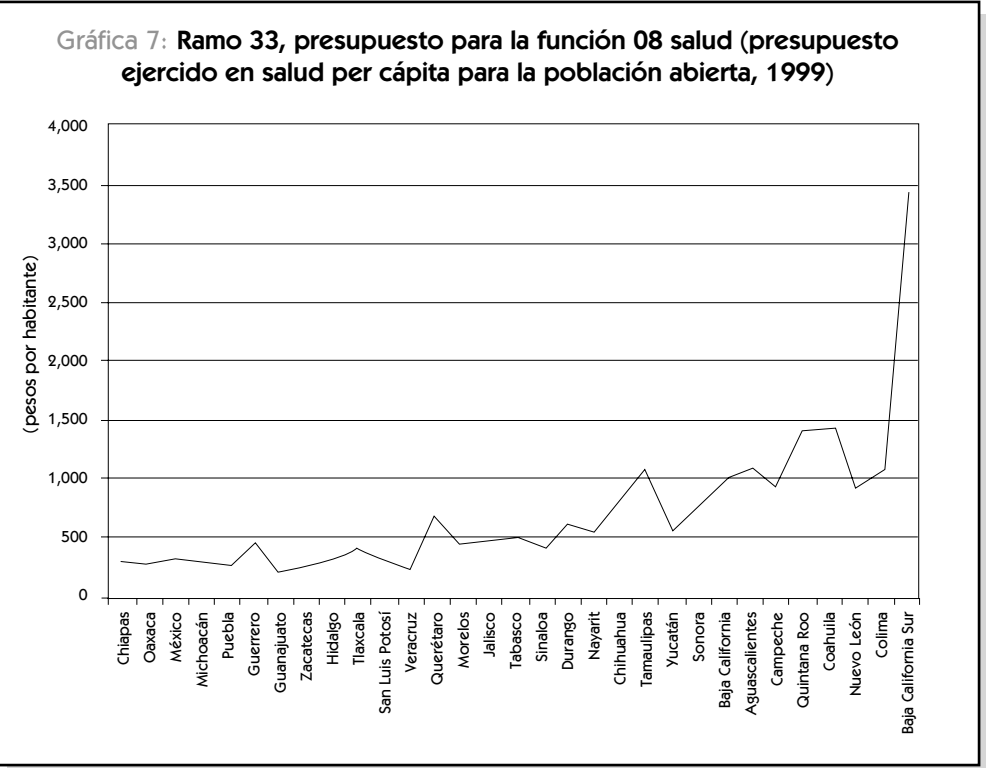
Los pobres no sólo tienen una menor esperanza de vida, sino que se ven afectados con mayor frecuencia por enfermedades pretransicionales, en comparación con los grupos de mayores recursos. Adicionalmente, enfrentan dificultades para atender sus necesidades de salud, ya sea porque encuentran barreras de acceso a los servicios públicos, o porque no cuentan con los recursos para recurrir a otros proveedores. Evidentemente, parte de los retos sigue siendo la definición de las prioridades y estrategias presupuestarias, que tienen que llevar a que la salud sea un derecho real y equitativo para todas y todos los mexicanos.

LOS RECURSOS DEL RAMO 33

Parte de los recursos ejercidos por cada estado en materia de salud proviene del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), que es una aportación federal financiada con impuestos generales. La clasificación económica del Presupuesto de Egresos de la Federación establece que dicho fondo es una transferencia a cada entidad federativa.

De acuerdo a las Leyes de Ingresos de los Estados, este fondo se registra como una transferencia y está etiquetado para servicios de salud. Sin embargo, existe poco control y rendición de cuentas del manejo de estos recursos por parte de los estados. Por ejemplo, para el caso de Chiapas en 2001 su Ley de Ingresos reporta 1,064,904,000 pesos por concepto del FASSA, en comparación con los 1,202,318,599 pesos proyectados y aprobados en el PEF 2001.

Los recursos del ramo 33 representan, para algunos estados, alrededor de la tercera parte de los recursos destinados a la función 08 salud. Tal es el caso de Guerrero, donde los recursos representan el 42 por ciento del presupuesto total en salud, Chiapas (34 por ciento) y Oaxaca (31 por ciento). Además de representar un alto porcentaje del presupuesto total, los recursos del ramo 33 son fundamentales en estas entidades por el alto porcentaje de población abierta que en ellas existe: en Guerrero el 65 por ciento de la población es abierta, en Chiapas el porcentaje asciende a 76 por ciento y en Oaxaca a 73 por ciento.



Fuente: Elaboración propia con datos de “La Situación de la Salud 1999”, www.ssa.gob.mx e Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, “Recursos y Servicios: estadísticas sociodemográficas”, *Boletín de Información Estadística* núm. 19, 1999.

La distribución de los recursos del Ramo 33 para la función salud también es altamente inequitativa, como puede observarse en la gráfica 7 y en la tabla IV, que le sigue. Los estados que, proporcionalmente, reciben menos recursos del Ramo 33 son Puebla, Michoacán, Oaxaca, Chiapas y el Estado de México, con asignaciones presupuestales de entre 195 y 265 pesos por persona, referido este dato a la población abierta de la entidad.

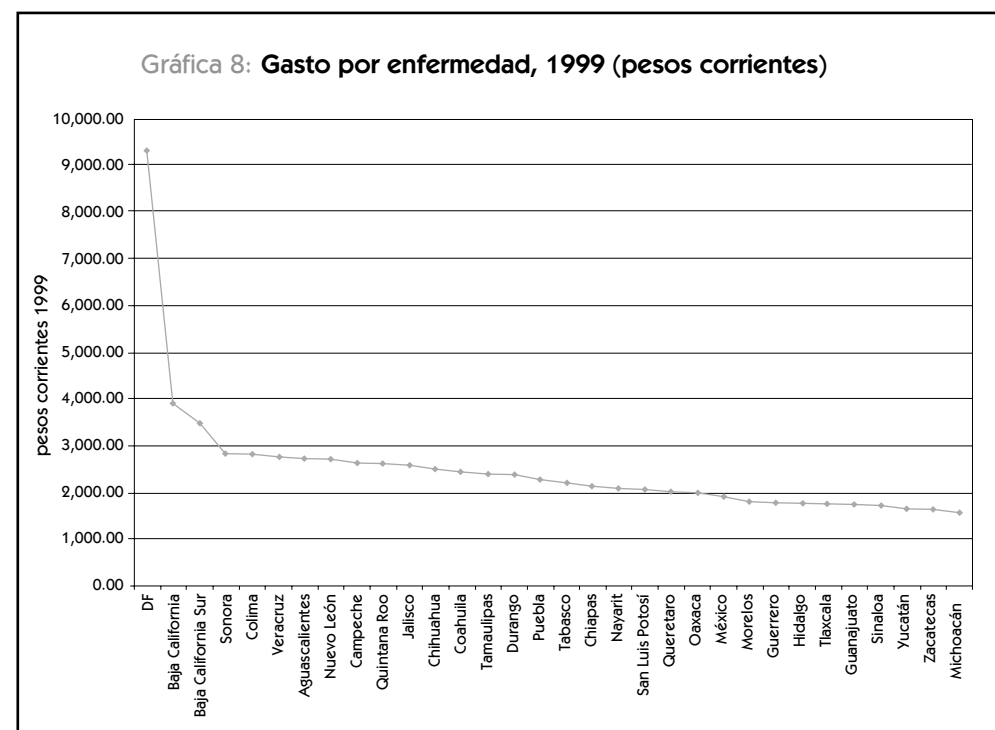
Tabla IV: Presupuesto per cápita ejercido en salud en 1999.

ESTADO	Población Total	Población NO derechohabiente	Porcentaje de la Población NO derechohabiente	RAMO 33 Función 08: Pesos per cápita	Función 08: pesos per cápita
Chiapas	3,994,597	3,015,344	75	264	581
Oaxaca	3,545,614	2,593,319	73	249	583
México	12,833,088	7,583,095	59	265	598
Michoacán	4,180,292	2,734,132	65	227	609
Puebla	5,059,726	2,915,754	58	195	651
Guerrero	3,131,946	2,046,034	65	426	663
Guanajuato	4,185,139	2,440,887	51	258	683
Zacatecas	1,430,706	839,650	59	296	741
Hidalgo	2,281,506	1,434,498	63	325	761
Tlaxcala	970,571	551,383	57	397	774
San Luis Potosí	2,380,966	1,209,803	51	283	790
Veracruz	7,054,167	4,122,727	58	206	870
Queretaro	1,384,774	392,034	28	776	912
Morelos	1,559,983	808,469	52	394	964
Jalisco	6,425,723	2,520,091	39	424	992
Tabasco	1,904,677	1,027,116	54	471	1,001
Sinaloa	2,487,954	936,449	38	425	1,053
Durango	1,519,048	501,795	33	709	1,098
Nayarit	949,177	417,533	44	585	1,100
Chihuahua	3,013,272	501,821	17	899	1,189
Tamaulipas	2,698,875	570,443	21	1,088	1,220
Yucatán	1,653,004	677,247	41	545	1,269
Sonora	2,215,207	659,768	30	774	1,285
Baja California	2,329,685	373,253	16	997	1,303
Aguascalientes	963,711	234,018	24	1,116	1,351
Campeche	696,752	276,786	40	914	1,365
Quintana Roo	793,314	198,683	25	1,398	1,430
Coahuila	2,351,553	240,296	10	1,394	1,455
Nuevo León	3,809,714	602,457	16	880	1,548
Colima	533,212	183,614	34	1,155	2,255
Baja California Sur	399,180	56,329	14	3,437	4,156
DF	8,765,285	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia con datos de “La Situación de la Salud 1999”, www.ssa.gob.mx e Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, “Recursos y Servicios: estadísticas sociodemográficas”, *Boletín de Información Estadística* núm. 19, 1999.

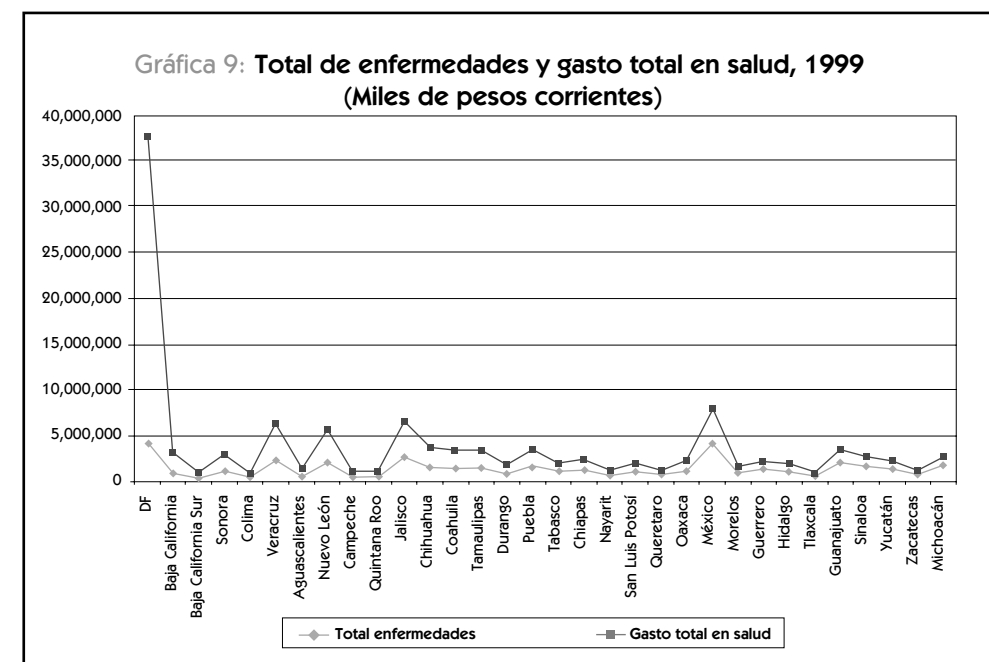
ENFERMEDADES Y PRESUPUESTO

En la gráfica 8, se presenta el número de enfermedades reportadas durante 1999 por cada estado de la república—que en total sumaron un poco más de 40 millones de casos—divididas entre el presupuesto asignado para salud en cada entidad federativa. Este gasto contempla los recursos ejercidos por los distintos Servicios Estatales de Salud y lo correspondiente al FASSA del ramo 33; los resultados están ordenados de mayor a menor gasto por enfermedad.



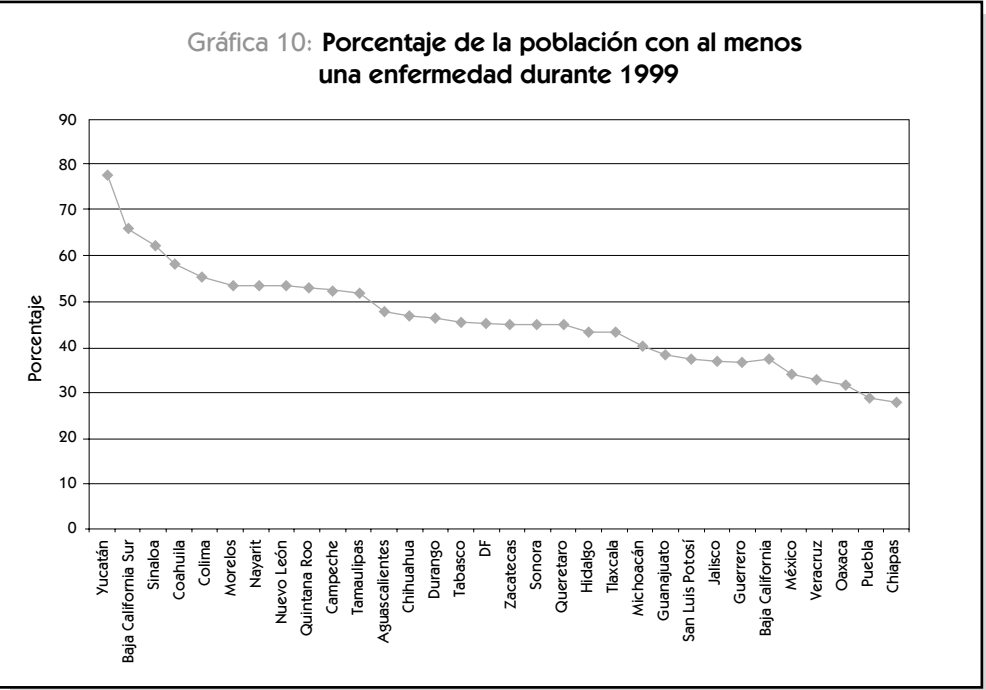
Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, *La situación de la Salud 1999*, México, www.ssa.gob.mx

La siguiente gráfica compara el total de enfermedades reportadas en 1999 por entidad federativa y el gasto total en salud. Para efectos comparativos, respeta el orden de la anterior gráfica.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, *La situación de la Salud 1999*, México, www.ssa.gob.mx

La gráfica 9 muestra una disparidad excesiva entre el monto destinado a la salud en el DF y el número de enfermedades. El gasto por enfermedad del DF fue de 9 mil 325 pesos. Esta distribución de recursos cobra relevancia al compararla con el porcentaje promedio de la población que padeció alguna enfermedad a lo largo de 1999 (Gráfica 10).



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, *La situación de la Salud 1999*, México, www.ssa.gob.mx

GASTO EN OBRA PÚBLICA

Con base en los datos que proporciona la Cuenta de la Hacienda Pública Federal de los años 1998, 1999, 2000 y el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2001, es posible visualizar el gasto destinado específicamente a obra pública en salud, en el Ramo 12, correspondiente a la SSA. Este gasto beneficia, de manera directa, a la población abierta (cuadro 1).

Tabla V: Recursos destinados a Obra Pública en la Secretaría de Salud (Ramo 12)

	1998	1999	2000	2001
pesos corrientes	260,806,600	235,194,400	334,948,900	214,236,100
pesos constantes (año base:1993)	98,182,676	76,367,043	97,978,383	58,678,746

Fuente: Para los años 1998-1999-2000 SHCP. *Cuenta de la Hacienda Pública Federal para el año 2001, SHCP, Presupuesto de Egresos de la Federación.*

En la siguiente tabla se presenta el porcentaje del gasto en obra pública, en relación con el total del presupuesto de la Secretaría de Salud.

Tabla VI: Porcentaje del gasto en obra pública en la Secretaría de Salud

año	1998	1999	2000	2001
%	2.11	1.66	2.06	1.11

Nota: el cálculo se hizo en base a los datos en pesos constantes del Cuadro 1.

Lo primero que se observa en la tabla V es la caída en el monto de recursos destinados a obra pública, sin que a la fecha se haya recuperado el nivel de gasto del año 1998. La tabla subsecuente deja patente el bajo porcentaje que representa el gasto en obra pública como parte del total del gasto de la Secretaría de Salud. De haber partido de niveles alarmantemente bajos, en tan sólo cuatro años este gasto ha sufrido una contracción del 1 por ciento, reduciéndose prácticamente a la mitad de lo que le correspondía en 1998.

En síntesis, se puede decir que en términos presupuestales los recursos destinados a fortalecer la construcción y desarrollo de establecimientos de atención a la salud para la población abierta, en lo que compete a la Secretaría de Salud, ilustran un comportamiento profundamente inestable, el cual se traduce en significativas caídas en las tasas de crecimiento anuales de los años 1999 y 2001, con porcentajes negativos de un -22.22 y -40.11 respectivamente.

Los recursos para construir infraestructura en el sector salud también se distribuyen a través del Ramo 33, Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios. En este ramo, es en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA),⁸⁴ y específicamente en la Actividad Institucional “Desarrollar y construir infraestructura básica”, donde se incorporan los recursos destinados a la ampliación de la infraestructura existente. La tabla VII corresponde al gasto del Ramo 33 destinado a la construcción de infraestructura de salud.

⁸⁴ En el documento de la Cuenta de la Hacienda Pública se encuentra en el Ramo 33, pero en la Función 08 Salud, es en el PEF Aprobado donde se presenta desagregado como FASSA.

Tabla VII: Montos destinados a obra pública* en salud para el Ramo 33 de Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipio

año	1998	1999	2000	2001
pesos corrientes	362,064,400	582,805,100	815,622,000	524,500,000
pesos constantes (año base:1993)	136,301,963	189,235,381	238,583,631	143,659,271

* Para el Ramo 33 se ubica en la Actividad Institucional de Desarrollar y construir infraestructura básica.
Fuente: Para los años 1998-1999-2000 SHCP, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal para el año 2001*, SHCP, *Presupuesto de Egresos de la Federación*.

Si bien en el caso de los recursos destinados al desarrollo de infraestructura de salud por parte del FASSA se registran incrementos significativos durante 1999 y 2000—comportamiento consistente con las brechas y necesidades existentes—para el último año también se denotan retrocesos. En términos reales, la asignación correspondiente al 2001 tan sólo es 5.39 por ciento superior a la asignación de 1998, a la vez de equivaler a un crecimiento negativo de -39.79 por ciento con respecto al año inmediato anterior.

En este contexto de recursos estancados o constreñidos para el rubro de infraestructura en salud para la población abierta, difícilmente se puede revertir la carencia de establecimientos de atención de segundo y tercer nivel—más aún si se considera que dichos establecimientos requieren de una inversión significativa. Por lo tanto, las brechas y rezagos existentes en la disponibilidad de estos servicios en estados pobres tienen escasas posibilidades para verse subsanadas.

VIII. UNAS PALABRAS SOBRE LA
SALUD PARA TODOS...

Desde finales de la década de los años setenta la economía y la sociedad mexicana han experimentado crisis recurrentes; la protección a la salud que se da a través del modelo de seguridad social encontró también su periodo de crisis y estancamiento. Cuando se analiza la situación de la población abierta, la premisa se recrudece: el número de mexicanas y mexicanos sin acceso a algún tipo de servicio de salud coincide con la población en pobreza extrema. Hasta hace apenas 5 años, mediante el Programa de Ampliación de la Cobertura, (PAC) se ofrece para 8 millones de mexicanos y mexicanas un paquete básico de servicios de salud.⁸⁵

Las actuales autoridades de la Secretaría de Salud pretenden subsanar la deuda histórica de ofrecer servicios de salud pública del mismo nivel a todos los mexicanos y mexicanas a través de las líneas de acción del Plan Nacional de Salud 2001-2006, PNS. En él se hace un diagnóstico de la situación por la que atraviesa el país en materia de salud y se proponen estrategias que definen el camino a seguir durante los siguientes 5 años.

La misión que asume el propio PNS es “contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad, que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana”.⁸⁶ Para lograr lo anterior, el PNS propone consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular, a la vez de promover y ampliar la afiliación al seguro social.⁸⁷

⁸⁵ El Paquete Básico de Servicios de Salud consiste en 13 intervenciones que son: saneamiento básico a nivel familiar; planificación familiar; atención prenatal, del parto y puerperio, y del recién nacido; vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil; inmunizaciones; manejo de casos de diarrea en el hogar; tratamiento antiparasitario a las familias; manejo de infecciones respiratorias agudas; prevención y control de la tuberculosis pulmonar; prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones; capacitación comunitaria para el auto cuidado de la salud; prevención y detección del cáncer cérvico uterino.

⁸⁶ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006...*, op. cit., p. 77.

⁸⁷ *Ibid.*, p. 116.

Mediante la puesta en operación de un nuevo programa, denominado Salud para Todos (PST), la actual administración propone que “[...] se ofrecerá protección financiera progresivamente a toda la población no asegurada, comenzando con las áreas urbanas y haciéndola extensiva a lo largo de seis años a las áreas rurales; ello en el marco operativo y legal del Seguro de Salud para la Familia que establece la Ley del Seguro Social.”⁸⁸ Es decir, a través del presupuesto de la Secretaría de Salud, se pagarán las cuotas correspondientes para contratar el Seguro de Salud para la Familia que ofrece el IMSS.

Desde su creación, el Seguro de Salud para la Familia (SSF) del Instituto Mexicano del Seguro Social ha brindado acceso a servicios médicos para quien lo contrate y su núcleo familiar directo, es decir, esposo o esposa e hijos menores de 18 años. Para el presente año, el monto que deberá pagar quien contrate el SSF será de 3,299 pesos anuales. La aportación correspondiente del gobierno federal será de 2,047 pesos, por lo que el costo total del referido seguro será de 5,346 pesos.

De acuerdo al Presupuesto de Egresos de la Federación 2001, el Programa Salud para Todos tiene asignado para este año 250 millones de pesos, con los que se podrían incorporar a 46,762 núcleos familiares, si se subsidiara totalmente a cada núcleo asegurado. La meta es que 300 mil familias accedan a los beneficios del Seguro de Salud para la Familia, a través del PST, de manera paulatina a lo largo de 6 años. Con base en estas cifras—y tomando en cuenta que el tamaño promedio de los hogares en México es de 4.3 miembros⁸⁹—un millón doscientos noventa mil personas podrían acceder a los servicios de salud del IMSS mediante el PST, a lo largo del sexenio.

Por otro lado, el Plan Nacional de Salud también propone un esquema adicional de aseguramiento de la población abierta, mediante la creación de un nuevo seguro de salud de carácter popular. Este seguro popular se financiaría a través de subsidios escalonados, dependiendo de la capacidad de pago de los hogares de bajos ingresos, permitiéndoles de esta forma acceder al SSF del IMSS. El subsidio en determinados casos podría llegar a cubrir la totalidad de la cuota familiar.⁹⁰ Además, se menciona que para identificar a los hogares pobres se utilizarán los padrones de programas sociales a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol).

⁸⁸ Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Exposición de Motivos e Iniciativa de Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001*, México, 2000, p. III.40.
⁸⁹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1998*, México, 2000, p. 26.
⁹⁰ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006...*, op. cit., p. 77.

El PNS prevé que los avances en este esquema dependerán de la disponibilidad de recursos así como de la suficiencia de la infraestructura hospitalaria y “la existencia de poblaciones organizadas con capacidad de contribuir parcial y voluntariamente al costo subsidiado de la prima del seguro popular”.⁹¹ Sin embargo, se menciona que la meta es que para 2006 toda la población abierta que no cuente con las posibilidades para contratar un seguro médico y que esté fuera de la cobertura de la seguridad social, tenga acceso al Seguro Popular.

La viabilidad y sostenibilidad presupuestal e institucional de las metas fijadas a lo largo de estas propuestas es, en el mejor de los casos, dudosa. Por un lado, no se aclara en qué medida se van a complementar los recursos y metas del Programa Salud Para Todos y del seguro de salud popular. Por el otro lado, la saturación de las clínicas y hospitales del IMSS es una realidad cotidiana. La interrogante es saber en qué medida se destinarán recursos extra para dotar al IMSS de más recursos físicos y humanos, para así hacerle frente a un incremento sostenido y cuantioso de demanda por sus servicios de salud.

La adopción de programas que pretenden ofrecer servicios de salud a través del esquema del SSF exige varias consideraciones. El programa de Salud para Todos ejercerá 250 millones de pesos durante el 2001; su meta es cubrir 300 mil familias a lo largo del sexenio, por lo que cada año se tendrían que incluir cerca de 50 mil familias adicionales. Suponiendo que el costo anual para incluir a cada una de estas 50 mil familias fuera el equivalente a los 250 millones para este año, ello implicaría que para 2006, el programa costaría mil 500 millones de pesos. Este dinero extra debería ser cubierto año con año con recursos propios de la Secretaría de Salud. Los incrementos porcentuales anuales se muestran en la siguiente tabla. Si sumamos los costos anuales acumulados, el total ascendería a 5 mil 250 millones de pesos constantes de 2001.

Tabla VIII: Costo del Programa Salud para Todos

año	Costo Acumulado anual Millones de pesos constantes del 2001	Porcentaje con respecto al presupuesto de la Secretaría de Salud, 2001
2001	250	1.30
2002	500	2.59
2003	750	3.89
2004	1,000	5.19
2005	1,250	6.48
2006	1500	7.78

⁹¹ *Ibid.*, p. 117.

Para el caso del seguro de Salud Popular, se debe tomar en cuenta que aproximadamente 59 por ciento de la población no tiene acceso a la seguridad social; ello representa cerca de 57 millones de personas. De darse la cobertura propuesta para este seguro, mediante subsidios escalonados de acuerdo con la capacidad de pago de las familias beneficiadas, entonces se tendría que reconocer que, por lo menos para seis millones de núcleos familiares que representan a los cerca de 26 millones de mexicanos en pobreza extrema, habría que subsidiarles el 100 por ciento del costo del seguro popular.

Partiendo nuevamente de los costos establecidos para el Seguro de Salud para la Familia, los recursos extra de que tendría que disponer el gobierno federal para cubrir a las familias en pobreza extrema, ascenderían a 32 mil 324 millones de pesos para tan sólo un año—lo que representaría 1.67 veces el presupuesto total del 2001 de la Secretaría de Salud y 0.5 por ciento del PIB.

Este análisis solamente retoma el aspecto financiero que se desprende de la meta de “cobertura total de seguro” para la Secretaría de Salud. El impacto en recursos financieros, materiales y humanos que se generaría para el IMSS al absorber a la población abierta también exige revisiones profundas: a falta de información y claridad por parte de las autoridades federales, es prácticamente imposible inferir de dónde surgirá la infraestructura adicional, ni cuánta sería necesaria para cubrir las metas oficiales.

Tal como se encuentran planteados el Programa Salud para Todos y el Seguro de Salud Popular, no será viable extender la cobertura a través del SSF. Es indispensable que se abran a la discusión, tanto en la arena legislativa, como en el ámbito ciudadano, las valoraciones precisas del impacto financiero, los requerimientos de infraestructura y los procedimientos que se proponen con respecto al cómo, cuánto y para quiénes se pretende poner en marcha los referidos programas.

■ IX. ALGUNAS CONCLUSIONES

A manera de conclusión, es importante resaltar algunos de los hechos más importantes que fueron identificados, analizados y detallados a lo largo de este documento.

Hasta ahora, la atención a la salud de los mexicanos y mexicanas ha sido cubierta con insuficiencia, particularmente en los estados del sureste mexicano, lo cual se refleja en la persistencia de enfermedades infecto contagiosas en esta región. La mala situación de la salud no puede ser atribuida exclusivamente a la falta de atención médica, pues en esta región los bajos niveles de nutrición de la población, así como la existencia de condiciones de pobreza y de vida insalubres son la base de la permanencia de este tipo de enfermedades.

Asimismo, la insuficiencia crónica de inversión en infraestructura sanitaria y médica refuerzan la frágil situación de la salud de la población. Durante los años de consolidación del Sistema Nacional de Salud, las regiones pobres del país recibieron poca atención y recursos. Ello se ha traducido en una débil estructura de atención a la salud.

En primer lugar, hay un desfase entre la dinámica social de cambio en las necesidades de atención médica de mayor especialidad y complejidad, y el fortalecimiento de infraestructura para atender adecuadamente las necesidades correspondientes de la población abierta. Con el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 se trató de abordar dicha problemática; sin embargo, este esfuerzo se concentró en la atención de primer nivel, sin resolver las necesidades de atención de segundo y tercer nivel.

En segundo lugar, estamos ante un profundo problema en el sector, el cual se integra por la débil estructura nacional de establecimientos de atención para la población abierta, por un lado, y la marcada tendencia a la baja en la asignación de recursos para revertir las brechas existentes, por el otro.

Dicha situación no parece resolverse con la propuesta del Plan Nacional de Salud del gobierno del presidente Fox, puesto que propone como una solución la figura del “federalismo cooperativo”, es decir, hacer uso de la infraestructura de segundo y tercer nivel de atención de los estados colindantes.

Las acciones para reformar el Sistema Nacional de Salud, que ha tenido como uno de los ejes principales a la descentralización, lejos de acercar los recursos a las poblaciones que más lo necesitan, han perpetuado la inequidad de la asignación de recursos para la salud. Es patente que las entidades con peores condiciones de salud entre su población son también las que reciben menos recursos. La descentralización y las formulas sofisticadas de asignación del presupuesto para el sector salud no han revertido estos patrones de inequidad.

Con las propuestas del Programa Nacional de Salud no es previsible que esta inequidad sea resuelta, pues por un lado intenta solventar la escasez de recursos federales y estatales mediante el traspaso de la responsabilidad financiera a los usuarios del sistema nacional de salud, a través del seguro popular—que como se ha analizado en el presente documento, no garantiza una atención integral a la salud.

La atención a la salud en México es compleja y, sin duda, también requiere de una importante inyección de recursos. Lo recomendable sería avanzar en la solución de los problemas de salud a través de la consulta real a los especialistas, médicos, enfermeras, autoridades municipales y estatales sobre las mejores alternativas de atención. Poner realmente a discusión las propuestas de las autoridades de salud en torno al Federalismo Cooperativo, el Modelo Integrado de Atención a la Salud y el Seguro Popular.

■ X. BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Mundial, *Invertir en Salud, Indicadores del Desarrollo Mundial: Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*, Banco Mundial, Washington, 1993.
2. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, “General Comment 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health”, UN Doc. E/C. 12/2000/4, 2000.
3. De la Fuente, Ramón y Jaime Sepúlveda Amor (comps.) (1999), *Diez Problemas Relevantes de Salud Pública en México*, México, Fondo de Cultura Económica.
4. Flamand Gómez, Laura, *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí*, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, División de Administración Pública, Documento de Trabajo número 55, México, 1998.
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1998*, México, 2000.
6. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *Perfil Estadístico de la Población Mexicana: una aproximación a las inequidades socioeconómicas, regionales y de género*, México, 1995.
7. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, “Recursos y Servicios: estadísticas sociodemográficas”, *Boletín de Información Estadística* núm. 19, 1999.
8. Ley General de Salud.

9. Organización Panamericana de la Salud, "Constitución de la Organización Mundial de la Salud", en *Documentos Básicos*, Documento Oficial núm. 240, Washington, 1991.
10. PNUD, *Informe de Desarrollo Humano 1991*, Tercer Mundo Editores, Colombia, 1991.
11. Poder Ejecutivo Federal, *Programa de Reforma del Sector Salud. 1995-2000*, México, 1995.
12. Provea, *La salud como derecho: marco nacional e internacional de protección del derecho humano a la salud*, Serie Aportes núm. 3, Caracas, 1996.
14. Schkolnik, Susana, *Tendencias demográficas en América Latina: Desafíos para la equidad en el Ámbito de la Salud.*, División de Población de la CEPAL, septiembre 1998.
15. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal*, México, 1998.
16. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal*, México, 1999.
17. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal*, México, 2000.
18. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Presupuesto de Egresos de la Federación*, México, 2001.
19. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Exposición de Motivos e Iniciativa de Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001*, México, 2000.
20. Secretaría de Salud, *La Situación de la Salud 1999*, México, www.ssa.gob.mx
21. Secretaría de Salud, *La situación de la salud por entidad federativa*, México, www.ssa.gob.mx
22. Secretaría de Salud, *Informe de Labores 1999-2000*, México, 2000.
23. Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, México, 2001.
24. Torres Ruiz, A., *Descentralización en salud: algunas consideraciones para el caso de México*, Centro de Investigación y Docencia Económicas, División de Administración Pública, Documento de Trabajo número 69, México, 1997.

