

Año 3
Núm. 3
Diciembre
2003

**Presupuesto
Público y
Mortalidad
Materna:**

**Seguimiento al
Programa
Arranque Parejo
en la Vida**



**FUNDAR Centro de
Análisis e
Investigación A.C.**

PE\$O\$ y CONTRAPE\$O\$

A pesar de los distintos programas impulsados durante los últimos trece años, México no escapa a la inmovilidad de las tasas de mortalidad materna. La tasa estimada para el 2003 es de 6.2, la cual es la misma del año 1990.¹ Aunque desde el año 2000 hay una tendencia a la baja, se entiende que ésta puede variar y nuevamente subir en cuanto vayan mejorando los mecanismos de registro de fallecimientos por causas asociadas al periodo gestacional y posterior a éste. En consecuencia, al año 2003 aún se está bastante lejos de cumplir la meta fijada para el año 2000, la cual era llegar a la mitad de la tasa de muerte materna registrada en el año 1990.

Por lo menos tres son los aspectos reconocidos internacionalmente como factores que contribuyen a reducir la mortalidad materna:

- 1) el acceso a la atención médica,
- 2) la calidad de la atención médica y
- 3) el traslado efectivo en situaciones de emergencia obstétrica a centros de salud con capacidad resolutive.

¿Cuáles son las áreas que han fallado en las políticas y programas dirigidos a la reducción de la mortalidad materna?

¿Cuáles son los aspectos más vulnerables de estas políticas y programas?

Arranque Parejo en la Vida: la respuesta gubernamental

Como respuesta a la problemática de la mortalidad materna en mujeres pobres de población no derechohabiente, el gobierno de México puso en marcha en febrero del 2002 el programa Arranque Parejo en la Vida (APV), el cual es parte tanto del Programa Nacional de Salud 2001-2006, como de la estrategia Contigo –eje del Programa Nacional de Superación de la Pobreza 2001-2006.

APV establece metas específicas de disminución de mortalidad al año 2006. Estas son “disminuir en un 35% la tasa en relación con la registrada en el 2000 y reducir 30% el número de defunciones maternas con relación a las registradas en el 2000”.² Esto significa que en el 2006 la tasa de mortalidad materna debe bajar a 5.1 y el número de fallecimientos a 1,090.

Arranque Parejo en la Vida, empezó en 7 entidades federativas, posteriormente, se amplió a 17, y en el presente año se extendió a todo el país, incluyendo el Distrito Federal. A la fecha opera en 18 estados y en 356 municipios.³ Cabe señalar, que hay diferencias en el estado de avance del programa entre los municipios donde opera.

¿Qué se hace con el financiamiento que a diciembre no se ha ejercido, toda vez que son recursos etiquetados del erario federal?

Recursos en equipos

El programa tiene una debilidad de origen, que es depender de la iniciativa privada para cubrir requerimientos básicos para su funcionamiento y por tanto poner en peligro una continuidad efectiva y eficiente de los servicios que otorga. Es así que contempla escasos recursos para proveer los equipos pertinentes para otorgar atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Para suministrar dicho recursos, se estableció una “Red Social”.⁴

Aporte público y privado en gasto de capital en el Programa Arranque Parejo en la Vida

(pesos corrientes)

Gasto de Capital	2002
Gasto de capital APV	1,166,000
Gasto de capital Aporte Privado*	182,000,000
%Gasto Capital Arranque Parejo en la Vida/Gasto de Capital Aporte Privado	0.64

* Corresponde a la suma de lo aportado en equipo médico, gestionado por la Fundación Vamos México y la SSA. Elaboración propia con datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Cuenta de la Hacienda Pública Federal, Ejercicio Programático Económico Financiero del Gasto Programable Devengado del Gobierno Federal, 2002 (para el aporte público), y datos del Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, 3a. Sesión Ordinaria, Informe 2002 (para el aporte privado).

Recursos en Infraestructura

Es sabido que la mayoría de las muertes maternas ocurren en el parto. Para evitarlas se requiere una infraestructura diseñada para dar la atención pertinente. Esto incluye, por ejemplo, poder realizar cirugías de mayor complejidad. También es sabido que los centros de salud de primer nivel no están diseñados para resolver situaciones de emergencia obstétrica.

Al revisar el Boletín 2001 de la Secretaría de Salud, hay una concordancia entre un número importante de estados donde se presentan las tasas de mortalidad materna más altas, y la mayor cantidad de infraestructura médica para población abierta en unidades de consulta externa, que otorgan atención de primer nivel. Por ejemplo, el Estado de México cuenta con 957 unidades de consulta externa; Guerrero con 928 y Chiapas con 835. Estos tres estados ocupan los tres primeros lugares. Sin embargo también están saturados, en Chiapas cada unidad debe cubrir a 3,856 personas de población abierta, en Veracruz 6,049 y en Oaxaca 4,020.

Esto sin duda apunta hacia el agotamiento en las capacidades de atención de estas unidades.

Por otro lado, estos estados son los que en atención *per cápita* presentan mayores números de población por unidades de segundo (Hospitalización general) y tercer nivel (Hospitalización especializada). Incluso en casos como Chiapas y Guerrero no existe ni un solo hospital de tercer nivel.

La forma de revertir tal carencia es a través del gasto en infraestructura en el FASSA. En un análisis elaborado por Fundar, se observa que en los tres primeros años del actual gobierno no sólo hay un estancamiento en el financiamiento en obra pública en salud, sino que una disminución en la asignación de recursos para ésta. Es así que del 2001 al 2002 hubo un decremento real de un 75 por ciento en la asignación a la construcción de infraestructura básica en el FASSA.

Gasto en Infraestructura Básica en Chiapas y Oaxaca a través de FASSA

miles de pesos constantes de 2002

Estados	2001		2002		2003
	Aprobado	Ejercido	Aprobado	Ejercido	Aprobado
Chiapas	23,158.85	23,158.85	250.71	250.71	0.00
Oaxaca	17,055.15	17,055.15	0.00	0.00	0.00

Fuente: Helena Hofbauer, Reflejo de las prioridades nacionales en la disposición de los recursos públicos: cuentas pendientes, en edición, México, 2003.

Recursos Humanos

El Programa Arranque Parejo en la Vida no contempla contratar personal adicional de salud. Esto representa una debilidad inicial, ya que el personal de salud del primer nivel de atención, para población no derechohabiente, opera simultáneamente en distintos programas.

El personal de salud por lo menos trabaja en cuatro programas en los que no sólo atiende a mujeres, sino también a niños(as) y hombres. Conjuntamente, las entidades federativas crean y ejecutan sus propios programas.⁵

Esto ha conllevado, y a la vez implica, un importante problema de escasez de personal, especialmente gineco-obstetras.

Esta situación se agudiza en la atención específica a las mujeres en el tiempo gestacional y subsecuente.

Según información de la Secretaría de Salud, al año 2002 precisamente los estados con las tasas de mortalidad materna más alta son los que tienen un menor número de especialistas en gineco-obstetricia por mujeres no derechohabientes en edad reproductiva. De esta manera, cada especialista atiende a 7,490 mujeres en Chiapas, a 6,985 en Oaxaca, a 4,132 en Guerrero, a 3,147 en Tlaxcala y a 6,307 Puebla.⁶

Gasto en Infraestructura y Obra Pública								
miles de pesos constantes de 1993								
	RAMO 12-SSA				RAMO33-FASSA			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Proyecto	347.5	152.9	105.1	238.2	1467.1	254.6	375.2	295.3
Aprobado	599.2	202.0	192.2	0.0	1467.1	359.2	375.2	0.0
Ejercido	291.3	162.3	0.0	0.0	1492.3	359.2	0.0	0.0

Fuente: SHCP, CP 2001 y 2002, Proyecto PEF 2001, 2002, 2003, PEF 2003, Proyecto PEF 2004 www.shcp.sse.gob.mx

Sumamente preocupante es la situación de Oaxaca, estado que en el 2002 y 2003 registró la tasa de mortalidad materna más alta, desde ese año hasta y el presente, dejó de percibir recursos para infraestructura, a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA.

Recursos financieros del Programa Arranque Parejo en la Vida

En el primer año, la asignación del total de los recursos del programa Arranque Parejo en la Vida fue a través del Ramo 12, SSA. En el presente año la distribución del financiamiento se separó en lo correspondiente a la administración central (Ramo 12) y las entidades federativas (Ramo 33-Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA).⁷ En el Proyecto PEF 2004 el programa en términos presupuestales desaparece, tanto en el Ramo 12 como en el Ramo 33.

Gasto programa Arranque Parejo en la Vida 2002-2003

pesos corrientes

Recursos APV	2002	2003	2004 proyecto PEF	2004 mínimo para operar*
Ramo 12-SSA	63,466,100	64,639,000	-	73,517,368
Ramo 33-FASSA	-	602,902,757	-	-

* Es una estimación de un mínimo necesario, se propone a los legisladores que reetiqueten el programa.

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2002, Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado 2003, e Informe de Avance de Gestión Financiera Enero-Junio, 2003 www.shcp.sse.gob.mx

Un aspecto alarmante es el que se desprende del subejercicio, o ejercicio tardío de los recursos para programas esenciales, como el APV. De los recursos asignados por la Secretaría de Salud al programa Arranque Parejo en la Vida, solamente se había ejercido el 33.45 por ciento del total al 30 de junio del presente año.⁸

Ante esta situación cabe preguntar ¿cuál es la posibilidad de lograr el cumplimiento de las metas de acción que tiene dicho programa para el 2003?

Más aún, en el 2003 el APV recibió recursos a través del FASSA, para todas las entidades federativas, incluido el Distrito Federal. Sin embargo, a septiembre sólo está operando en 18 estados. Dada esta circunstancia, surgen las siguientes interrogantes: ¿Qué pasaría con los recursos de los estados que a diciembre de este año no hubieran puesto en operación el programa? De no ejecutarse el 100 por ciento de los recursos del programa en cada estado, ¿qué se hace con ese financiamiento, toda vez que son recursos etiquetados del erario federal?

Para prevenir la mortalidad materna la atención debe ser oportuna. Un retraso en el ejercicio de los recursos—no sólo de la SSA, sino también de las entidades federativas—puede significar un atraso irreversible, que desemboque en no otorgar la atención de salud pertinente. Esta situación es particularmente grave, si se considera que las mujeres que requieren de estos servicios viven en condiciones de pobreza y en zonas de alta marginalidad.

Rendición de cuentas y transparencia en la información: la tarea pendiente

Sin dejar de reconocer los avances en materia de acceso a la información, a través de por ejemplo la creación del Instituto Federal de Acceso a la Información y de la promulgación de la ley Federal de Acceso de Transparencia y Acceso a la Información.

Existen problemas en esta materia y en la rendición de cuentas en los programas en salud, y en particular del programa Arranque Parejo en la Vida.

Es así que hubo un avance paulatino en la desagregación de los datos en el Presupuesto de Egresos de la Federación hasta el 2003, en el cual se señalan claramente los recursos asignados al APV por el Ramo 12-SSA y el Ramo 33-FASSA, no obstante por las limitaciones en las normativas que establecen la rendición de cuentas de las entidades federativas, no se incluyen indicadores, universo de cobertura ni metas del programa por estado.

Asimismo, la dirección federal del programa no dispone o no ha hecho público los recursos aportados por los gobiernos estatales. Tampoco los recursos de otras instancias al interior de la secretaría como Planificación Familiar y del Centro Nacional de Salud a la Infancia y Adolescencia. Esta situación obliga a remitirse a la información que es pública, es decir la del Presupuesto de Egresos.

Por otro lado, las Cuentas Públicas estatales no dan a conocer el uso de los recursos por programa, es más se publica de manera agregada el gasto por las distintas vías de asignación al sector salud, por ejemplo del Instituto de Salud estatal, PEMEX, SEDENA, ISSSTE, IMSS, IMSS-Oportunidades, FASSA, Programa de Alcance Estatal y el Programa Normal del Gobierno del Estado. Además de que existen diferencias en la entrega de información de una entidad a otra.

Por último, el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2004, representa un retroceso alarmante ante todos los avances que en materia de transparentar el uso del gasto público se refiere. Se presenta totalmente agregada la información, es decir no son visibles ninguno de los programas dirigidos a la atención de la salud de las mujeres. Es evidente la contradicción entre un discurso de acceder y transparentar la información de los recursos públicos y la presentación del presupuesto 2004.

Consideraciones finales en torno a las prioridades nacionales

Más allá del discurso y las intenciones gubernamentales, la asignación del gasto público permite visibilizar efectivamente cuáles son las prioridades nacionales. Es así que al analizar la asignación a Obra Pública de distintas dependencias dentro del gobierno federal se puede poner en contraste en dónde están los énfasis en esta materia.

Gasto Programable en Obra Pública para algunas dependencias en 2003 pesos corrientes

Dependencia	Ejercido al 30 de junio del 2003
SHCP (para administrar y proporcionar a las unidades administrativas los recursos materiales)	11,883,000
SHCP (para realizar las auditorías institucionales previstas en el PACA Programa Anual de Control y Auditoría)	9,037,000
Gobernación (para la redistribución de espacios físicos y acondicionamiento de inmuebles)	59,185,224
PGR (para la construcción, conservación y mantenimiento de la infraestructura básica)	60,000,000
Arranque Parejo en la Vida	0.0

Fuente: Elaboración propia con datos del , Informe de Avance de Gestión Financiera Enero-Junio 2003 www.shcp.sse.gob.mx

Asimismo, la Unidad de Comunicación Social de la Secretaría de Hacienda, cuya función es difundir las actividades y compromisos del Gobierno Federal, ha registrado un sostenido crecimiento en su presupuesto desde el 2001, con un presupuesto de 117.7 miles de pesos corrientes, para el Proyecto de Presupuesto 2004 tiene provisto una asignación de 245.1 miles de pesos corrientes; **en contra partida el Programa Arranque Parejo en la Vida desapareció del Presupuesto Federal.**

Estas comparaciones ilustran que los recursos no se priorizan para las áreas sociales que así lo requieren, como el caso de infraestructura en salud que se ha analizado anteriormente.

Conclusiones y recomendaciones

Como hemos visto, al revisar las características de la disponibilidad de recursos humanos, de infraestructura y equipamiento para la atención de la salud de la población abierta resalta una realidad de carencias marcadas, en el sector salud, que limitan seriamente las acciones establecidas en el programa Arranque Parejo en la Vida.

Estas condiciones adversas pueden debilitar el cumplimiento de las metas del mismo. Además, al revisar la asignación del gasto en la esfera de la administración federal, los recursos no se están priorizando para ayudar a contar con un mejor entorno situacional en salud, principalmente en el caso de los estados más rezagados en este ámbito.

El hecho de que la implementación del programa en gran parte descansa en los aportes de la iniciativa privada, no deja claro a quién se le debe atribuir las responsabilidades del funcionamiento del mismo, por ejemplo en el caso de tener dificultades en la operatividad ¿a quién se le piden cuentas? Este aspecto es fundamental, en el entendido de que es un programa público de salud, enfocado a población en condiciones de alta marginalidad y con metas específicas a cumplir, y que la Secretaría de Salud es la encargada -como cabeza de sector-, de asegurar el que efectivamente se otorguen los servicios básicos en salud y más aun en un programa a atender un problema de máxima urgencia como es la mortalidad materna.

Asimismo, es urgente avanzar de manera consistente entre las intenciones de una política de acceso a la información transparente, y el contenido de los documentos en los cuales se publica el gasto público, tanto en el nivel federal como en las entidades federativas. Para lo cual no sólo es básica la actuación del ejecutivo nacional y estatal, sino también del poder legislativo en ambos niveles.

Finalmente, es tarea prioritaria de la actual legislatura de re-etiquetar el gasto en programas y acciones dirigidas a la salud en la mujer, particularmente si son programas enfocados a mujeres en condiciones de extrema pobreza.

Referencia:

¹ Tasa por 10 000 nacimientos estimados por el CONAPO. Cabe señalar, que con la corrección del subregistro las tasas suben, a 8.9 en 1990 y 7.3 en el 2003. Poder Ejecutivo Federal, Tercer Informe de Gobierno, www.presidencia.gob.mx

² SSA, Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, p. 55.

³ Las entidades federativas y el número de municipios por cada una son: Aguascalientes (11), Campeche (11), Colima (10), Chiapas (15), Guanajuato (17), Guerrero (22), Hidalgo (31), Michoacán (20), Morelos (12), Nayarit (15), Oaxaca (40), Querétaro (18), Quintana Roo (6), San Luis Potosí (21), Tabasco (17), Tamaulipas (16), Veracruz (54) y Yucatán (20).

⁴ Se organiza mediante la constitución del Comité Estatal del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, correspondiéndole "a la C. esposa del gobernador, apoyada por la C. esposa del secretario de Salud, promover la vinculación entre empresas y organismos privados, clubes sociales (Rotarios, Leones, grupos de damas, patronatos, etc.) grupos y personas voluntarias para la gestión de recursos financieros y materiales de apoyo al programa". SSA, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida, p. 46, 2002.

⁵ Los programas son: el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el Programa de Salud Reproductiva y el Programa Arranque Parejo en la Vida. Cabe resaltar que los estados tienen la facultad de crear más programas de salud. Asimismo, por ejemplo, en Chiapas desde mayo del 2003 el gobierno estatal tiene el programa Vida Mejor para las Mujeres, las Niñas y los Niños, paralelo a los programas federales.

⁶ Estas cifras se calcularon con datos del personal del año 2001, el número de población femenina no derechohabiente del año 2002 y tasas de mortalidad materna del 2002. En el cálculo se considera un rango de edad de 10 a 44 años, debido a que el documento del SINAIS incluye en el mismo rango la edad de 12 años que es la que se suele considerar inicial como edad reproductiva (de 10 a 14 años). Las cifras finales son de elaboración propia con datos de SSA, Sistema Nacional de Información en Salud, SINAIS, www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/principal.php. SSA, Boletín 2001, Vol. I., México, 2003.

⁷ Cabe señalar, que además de estos financiamientos, para el año 2003, el programa recibe aportes de otras instancias tanto de la Secretaría de Salud, como de los gobiernos estatales. Por la SSA cuenta con recursos -los cuales no necesariamente son financieros- de: Planificación Familiar, de la Dirección de Desarrollo Humano, del Centro Nacional de Salud a la Infancia y Adolescencia, de Epidemiología, y de la Dirección General de Promoción de la Salud. Entrevista con Cuitláhuac Ruíz, ex director del Programa Arranque Parejo en la Vida.

⁸ Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Informe de Avance de Gestión Financiera Enero-Junio, 2003, www.shcp.sse.gob.mx

FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación es una institución independiente, interdisciplinaria y plural, que se ubica en el vértice de la reflexión, la capacitación, la difusión y la acción en torno a aspectos relacionados con la democracia. El presente boletín es el resultado de la investigación del proyecto Mortalidad Materna y Presupuesto Público coordinado por Daniela Díaz y financiado por la fundación John D. and Catherine T. Macarthur.

Los órganos de dirección de FUNDAR están integrados por:

Presidente: Dr. Mario Bronfman

Vicepresidente: Embajadora Olga Pellicer

Secretaria: Dra. Gloria Ramírez

Tesorero: Dr. Sergio Aguayo

Vocal: Dr. Alberto Székely

Comisión de Vigilancia: Dr. Rodolfo Stavenhagen



El equipo de FUNDAR está integrado por:

Directora Ejecutiva: Mtra. Helena Hofbauer B.

Coordinadores de Área: Briseida Lavielle y Juan Salgado

Coordinadores de Proyecto: Daniela Díaz, Gabriel Lara

Investigadores : Alejandro Ortiz A David Dávila

Gloria Ramírez, Juan Cepeda

Guillermo Noriega Manuela Garza

Verónica Zebadúa

Mariana Pérez Rocío Moreno

Investigadores Asociados: Adriana Estrada y Gabriela Pérez

FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación. Popotla 96-5, Tizapán San Angel. México D. F. 01090

Tel / Fax: 5595-2643 y 5681-0855

fundar@fundar.org.mx

finanzaspublicas@fundar.org.mx