

PE\$O\$ Y CONTRAPE\$O\$

Año 1, Num. 2,
Septiembre 2001

Curitas para la salud
2001-2006.....2

La salud para todos
requiere más
inversión.....5

"Federalismo
cooperativo",
¿respuesta a
las carencias?.....8



Durante la primera mitad del siglo pasado, era común que la salud se definiera como la ausencia de enfermedades. En la actualidad, esta definición estrecha está rebasada por la concepción de la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades"¹. Independientemente de esta definición amplia, México aún refleja niveles alarmantes de insatisfacción con respecto a la salud como ausencia de enfermedades.

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales² define como uno de los compromisos asumidos por los Estados "las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad". Partiendo de la salud como un derecho humano fundamental, es crucial entender que entraña características y principios rectores, esenciales para su cabal cumplimiento. Entre éstos destacan la universalidad—todos y todas deben tener acceso a servicios preventivos, curativos y demás medidas relacionadas con la preservación de la salud, gozando las mismas oportunidades y beneficios—su carácter progresivo, la accesibilidad—que comprende el acceso a los servicios de salud a lo largo de distintas etapas de la vida y distribución geográfica de la población—y la gratuidad, especialmente para los sectores más vulnerables y que carecen del acceso a sistemas de seguridad social o de recursos.

Este boletín presenta un primer análisis del Programa Nacional de Salud (PNS), su contribución a un mayor cumplimiento del derecho a la No es sorprendente que la universalidad de la salud no esté garantizada para todos y todas en nuestro país: hay desigualdades implícitas y rezagos históricos que se desprenden de la configuración del sistema nacional de salud. Pero, ¿hasta qué punto las acciones que se propone este gobierno pueden subsanarlas? Tal como ha pasado en sexenios anteriores, la universalidad, el carácter progresivo del derecho a la salud, el acceso a los servicios de salud y su gratuidad no se pueden dar por hechos. A las intenciones que se desprenden del PNS les hacen falta muchos números, análisis y evaluaciones que las traduzcan en opciones y estrategias viables.

¹ Organización Panamericana de la Salud, "Constitución de la Organización Mundial de la Salud", en Documentos Básicos, Documento Oficial núm. 240, Washington, 1991, p. 23.

² Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 16 de septiembre de 1966. Entró en vigor el 3 de enero de 1976.

Curitas para la salud 2001-2006

Briseida Lavielle

El eje de la propuesta del Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS) es la "democratización de la salud"¹ 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 ..." ²

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.

Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres

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. "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*"³.

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 en las comunidades y grupos poblacionales más vulnerables".

La atención a los problemas del rezago mediante la focalización puede ser seriamente cuestionada 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 Progres a establece criterios de cercanía a servicios de salud, escuelas y carreteras como determinantes para recibir los beneficios del programa⁴. Estos criterios no se cumplen en el caso de 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, resulta una osadía tratar de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante programas focalizados, pues basta revisar los montos del presupuesto destinado a estos programas. Durante el 2001 se destinarán 63,077.3 millones de pesos para el combate a la pobreza extrema. Esto significa que, según las cifras oficiales de estimación de la población que vive en pobreza extrema, se dedicarán 6.64 pesos al día por cada habitante sumido en esta condición.

Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población

Esta estrategia busca el aseguramiento de toda la población a través de tres esquemas: el seguro popular, la ampliación de la afiliación al seguro social y el prepago privado⁵. La introducción del prepago de seguros de salud se pretende promover mediante estímulos fiscales⁶.

¹ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México, Secretaría de Salud, 2001.

² *Ibid.*, p. 17.

³ *Ibid.*, p. 89.

⁴ El Progres a solamente opera en localidades que tienen una escuela a máximo 5 km. de distancia y un centro de salud a máximo 10 kilómetros.

⁵ Secretaría de Salud, *op. cit.*, p. 116.

⁶ *Ibid.*, p. 85.

Seguros de salud popular

El objetivo de esta propuesta es "incorporar a la totalidad de la población a un esquema de aseguramiento estructurado, [para lo cual] 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".⁷

Las metas son ambiciosas, pues estiman garantizar que para el 2006 toda la población abierta estará cubierta con este esquema.

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. Se parte de la premisa de que el sistema de salud les ofrecerá este seguro para brindarles protección financiera ante eventos catastróficos. Sin embargo esta protección será de *alcance limitado*, pues habrá muchos que no tendrán los recursos para pagarlo y no podrán acceder a ella. De modo que mientras haya personas excluidas no habrá un sistema universal de salud y la obligación del estado difícilmente estará cumplida con la oferta del seguro popular.

Adicionalmente, puede considerarse que la introducción del prepago puede significar una *violación del derecho a la salud*, pues uno de los principios rectores que deben estar presentes en el diseño y la aplicación de estrategias y programas de gobierno es el de la *gratuidad*. Este establece que el Estado tiene la obligación de garantizar la salud a toda la población—especialmente a los 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 el acceso al servicio, 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"⁸.

Con el 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 por parte de los usuarios del servicio de salud, con subsidios públicos. Así, 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.

Es cuestionable la introducción del prepago en términos financieros 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, siendo que estos servicios se registrarán por *criterios de universalidad y de gratuidad* (art. 35). La ley prevé que el ejecutivo federal y las entidades determinen cuotas de recuperación por la prestación de los servicios de salud, que deberán fundarse en el principio de solidaridad social, eximiendo de ellas a los usuarios que carezcan de recursos para cubrirlas o se localicen en las zonas de menor desarrollo económico y social (art. 36).

En la lógica de la Ley General de Salud primero está la oferta gratuita de los servicios y en algunos casos se prevé el cobro de cuotas de recuperación. En el caso del prepago, primero está el pago y después la oferta del servicio. La Ley establece que *los recursos materiales, humanos y financieros para operar los servicios deben ser aportados por la federación y las entidades federativas* (art. 19). De manera que es obligación gubernamental aportar dichos recursos y complementariamente cobrar cuotas de recuperación.

⁷ *Ibid.*, p. 117.

⁸ PNUD, *Informe de Desarrollo Humano 1991*, Colombia, Tercer Mundo Editores, 1991, p. 280.

¿Qué pasará con aquellas personas que por su condición de pobreza no puedan prepagar un seguro?

Para paliar la falta de recursos de la población, se plantea un subsidio escalonado. Sin embargo, es previsible que muchos quedarán fuera del subsidio focalizado, pues éste se basará en padrones de los programas de Sedesol, mismos que presentan serias limitaciones de exclusión. ¿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 como una de las opciones, el acceso de la población más pobre a los servicios de salud sea mediante el Seguro de Salud de la Familia del IMSS. Al respecto es importante comentar que el IMSS, en su Diagnóstico de 1995, reporta problemas que han sobrecargado las finanzas del Instituto⁹. 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*".¹⁰

En lo referente al primer nivel de atención, el diagnóstico no resulta más alentador, ya que es el nivel de atención más vulnerable del Instituto. A este nivel "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..."¹¹

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"¹².

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 preguntarse acerca de 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.

Finalmente, el esfuerzo adicional que se les solicita a los estados y municipios para extender la oferta de servicios y cumplir con 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. Como se verá en los siguientes dos artículos, hay muchas preguntas sin respuesta, y planteamientos que pueden atentar frontalmente contra el derecho a la salud.

⁹ Instituto Mexicano del Seguro Social, *Diagnóstico*, México, marzo de 1995, p. 22.

¹⁰ *Ibid.*, p. 31-32.

¹¹ *Ibid.*, p. 43.

¹² Secretaría de Salud, *op. cit.*, p. 52.

La salud para todos requiere mas inversión

Gabriel Lara

La segunda mitad del siglo XX representó para el país una época de consolidación de las instituciones sociales, cuya encomienda era cumplir con las demandas de justicia social provenientes de la lucha revolucionaria. Durante gran parte de esos años se experimentó un proceso de industrialización nacional acompañado por altas tasa de crecimiento en la población. Para hacer frente a esta circunstancia y aprovechando el momento favorable en la economía, se diseñó un sistema de salud para atender a la población mexicana, el cual prácticamente partió de cero en cuanto a infraestructura, recursos físicos y humanos. Sin embargo, se optó por dividir el modelo de atención, diferenciando entre quienes serían los beneficiarios de un concepto de salud enmarcado en la seguridad social¹ y el resto de la población (llamada abierta), para quienes la exclusión de niveles de salud comparables a los de la seguridad social fue desde un inicio la norma.²

El crecimiento de la economía se sostuvo hasta la década de 1970, tiempo durante el cual más mexicanos fueron cubiertos por la seguridad social. Sin embargo, los esfuerzos institucionales por cubrir a la población restante nunca fueron suficientes: siempre hubo marginados de la salud.

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 daba a través del modelo de seguridad social encontró también su periodo de crisis y estancamiento.

La suerte de la población abierta, por supuesto, no fue mejor. Baste mencionar que para 8 millones de mexicanas y mexicanos en extrema pobreza, apenas hace cinco años se les brinda un paquete básico de servicios de salud³, a través del programa de Ampliación de la Cobertura (PAC).

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 Programa 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."⁴ 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.⁵

¹ El artículo 123 fracción XXIX de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, contempla que la seguridad social cubrirá al menos los seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo; de enfermedades y accidentes; y de servicios de guarderías. Los beneficiarios de estos seguros son los trabajadores asalariados y sus familiares, que para el caso son la esposa o esposo y los hijos menores de 18 años.

² Para 2001 el 40.1 por ciento de la población es beneficiaria de la seguridad social. El restante 59.1 por ciento es población abierta.

³ 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.

⁴ 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. 77.

⁵ *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."⁶ Es decir, a través del presupuesto de la Secretaría de Salud, se pagarán las cuotas correspondientes para que el PST contrate 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 16 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.⁷

De acuerdo con el Presupuestos de Egresos de la Federación 2001, el Programa Salud para Todos tiene asignado para este año \$250 millones de pesos, con los que de subsidiar totalmente a cada núcleo asegurado, se podrían incorporar a 46,762 familias. La meta es que 300 mil núcleos familiares 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 miembros⁸— 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 Programa Nacional de Salud propone un esquema adicional de aseguramiento para 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.⁹ 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).

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".¹⁰ 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.

⁶ 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.

⁷ Estos cálculos se hicieron con base en los artículos 242 y 106 fracción III de la Ley del Seguro Social.

⁸ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1998*, México, 2000, p. 26.

⁹ Secretaría de Salud, *op. cit.*, p. 117.

¹⁰ *Ibid.*, p. 117.

Suponiendo que el costo anual para incluir a cada 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 tabla I. Si sumamos los costos anuales acumulados, el total ascendería a 5 mil 250 millones de pesos constantes del 2001 de la Secretaría de Salud.

Tabla I
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	1,500	7.78

Fuente: Elaboración Propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001.

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 a la capacidad de pago de las familias beneficiadas, entonces habría que decir que al 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 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,—en caso de que fuera a existir— 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 para toda la población abierta 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 necesarios poner en marcha los referidos programas.

"Federalismo cooperativo", ¿respuesta a las carencias?

Daniela Díaz

El "*federalismo cooperativo*" es la propuesta del Programa Nacional de Salud 2001-2006 con respecto a la descentralización del sector, a lo largo de las siguientes seis líneas de acción:

1. Establecer nuevos mecanismos para la asignación equitativa de recursos
2. Culminar la descentralización de la Secretaría de Salud (SSA)
3. Consolidar la desconcentración de los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
4. Fortalecer la cooperación interestatal en servicios de salud pública y servicios de especialidad
5. Reforzar el papel coordinador del Consejo Nacional de Salud
6. Municipalizar los servicios de salud

Antecedentes del "federalismo cooperativo"

El federalismo y la descentralización no son nuevos en México. En 1983, durante el gobierno de Miguel de la Madrid, se promulgó la Ley General de Salud, la cual 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"¹. Como se observa, uno de los ejes de esta ley fue el traspaso de responsabilidades a las entidades federativas, por lo cual el federalismo se convirtió en una de las herramientas centrales en la transformación del sector salud.

Cabe mencionar que no todos los estados firmaron los acuerdos de coordinación requeridos, y que el IMSS presentó resistencias al proceso de descentralización—por temor al debilitamiento de su posicionamiento institucional a nivel nacional. Durante este periodo, las fuentes de

financiamiento fueron la federación, (a través del Ramo 26 "Desarrollo Social y Productivo en regiones de pobreza", IMSS, ISSSTE y organismos públicos), los estados mediante los recursos destinados a la operación de los Servicios Estatales de Salud, los convenios de cofinanciamiento (CUD) y las aportaciones directas de la sociedad (cuotas de recuperación)².

Esta modalidad de financiamiento provocó el aumento de los recursos provenientes de los estados y el estancamiento del otorgado por la federación, a consecuencia de lo cual se registró cierta parálisis y, por lo tanto, un rezago en programas de inversión, ya que la mayoría de los recursos se utilizaban en gasto corriente. Laura Flamand, en su estudio *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí*, ilustra esta situación con las siguientes cifras: "Los gobiernos estatales incrementaron sus aportaciones 88.1% en el período 1985-1986 [...mientras que] las aportaciones federales sólo crecieron 3%... Para 1986 la inversión estatal se incrementó 465% y la federal creció 13%"³.

Durante el periodo de Carlos Salinas no hubo una política verdaderamente significativa en materia de descentralización en salud, y no fue sino hasta el gobierno de Ernesto Zedillo, que se presentó el denominado "Nuevo Federalismo". Éste dio continuidad a la descentralización mediante la aplicación del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, que incorporó nuevas instancias y espacios institucionales. Sus principales ejes fueron la ampliación de cobertura (a los 10 millones de mexicanos y mexicanas sin acceso a servicios de salud⁴), la descentralización (con la participación de los municipios vía el Programa de Municipio Saludable), mejorar la calidad y terminar con la duplicidad.

¹ L. Flamand 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, Documento de Trabajo núm. 55, 1998, p. 16.

² *Ibid.*, p. 25.

³ *Ibid.*, p. 25.

⁴ Poder Ejecutivo Federal, *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, México, p. 18.

Para estos fines se siguieron diversas estrategias, como el cambio del IMSS-COPLAMAR por el IMSS-SOLIDARIDAD, y la sustitución del Ramo 26 "Desarrollo Social y Productivo en regiones de pobreza" por el Ramo 33 "Aportaciones Federales a Entidades Federativas", en la modalidad del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). La mecánica de financiamiento de este último es la asignación directa y etiquetada de los recursos presupuestales a las entidades federativas, con lo cual la participación de éstas en las decisiones sobre el uso y ejercicio de su presupuesto quedó pendiente. Este concepto de federalismo en cuanto a responsabilidades, más no con respecto a la capacidad de decisión, se venía arrastrando desde el gobierno de De la Madrid.

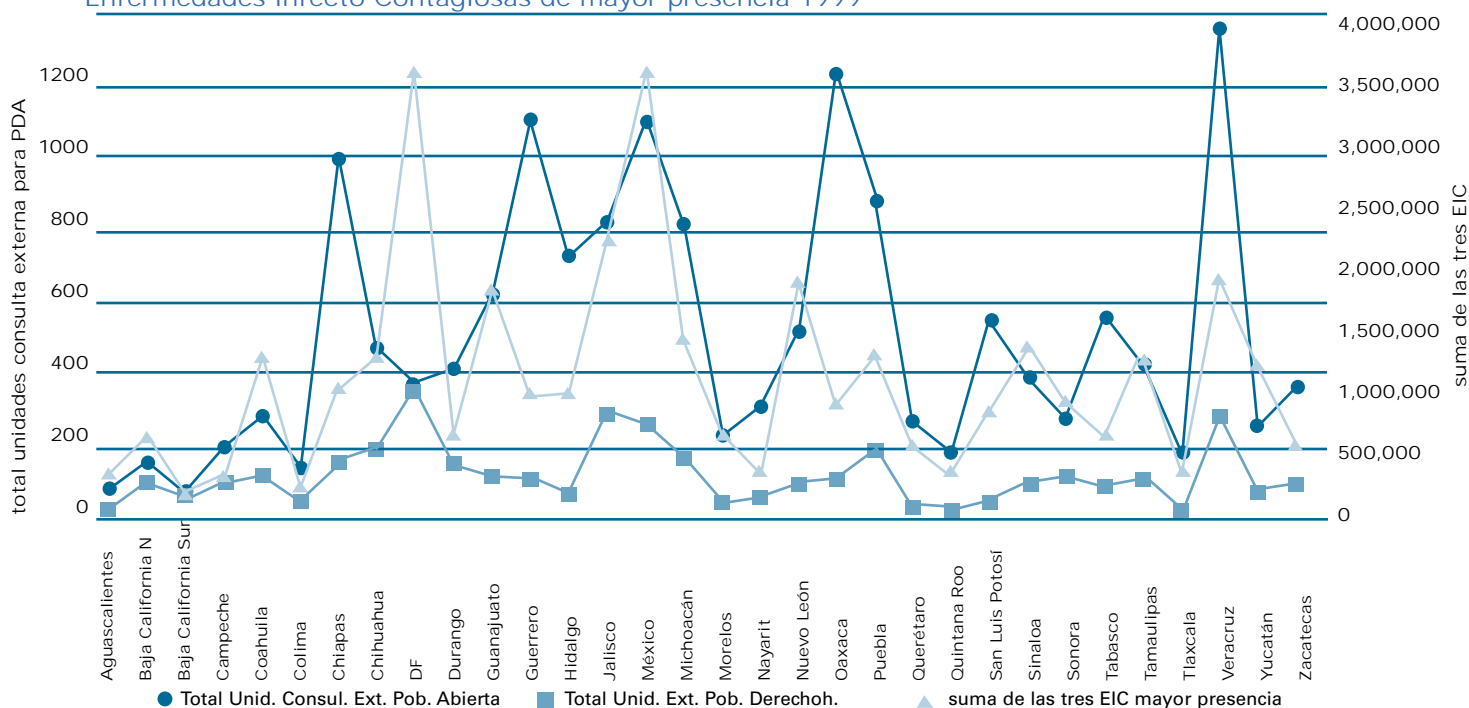
Deudas pendientes: Infraestructura

Las diferencias existentes entre la inversión en obra pública de salud para la población abierta, y la inversión en obra para la población derechohabiente, no fueron resueltas con el programa de reforma del sexenio pasado. Esto en parte se debió a que los esfuerzos adicionales que se hicieron para extender los servicios a la población descubierta, se concentraron en trece acciones básicas de atención⁵, principalmente a través del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) e IMSS-Solidaridad. La estrategia del Paquete Básico de Servicios de

Salud refuerza la atención primaria, que es otorgada en clínicas y, por lo tanto, no requiere más que de infraestructura de primer nivel. Esta concentración en la atención de enfermedades de tipo infecto-contagiosas ha implicado el descuido del desarrollo de la infraestructura necesaria para hacer frente al cambio epidemiológico por el que está pasando el país: el aumento en las enfermedades crónico-degenerativas requiere de unidades de hospitalización tanto general como de especialidad que, para la población abierta ubicada en las regiones de alta marginalidad—donde se concentran servicios de primer nivel de atención—siguen siendo escasas.

La lógica establecida en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, respondió por completo al esquema recomendado por el Banco Mundial, que corresponde a una mayor eficiencia y menor costo en el uso de recursos. Este esquema pone gran énfasis en la prevención, privilegiando las unidades de consulta externa para población abierta. Esto se ve reflejado con claridad en la gráfica I⁶, donde se aprecia que en los estados de mayor pobreza, como Chiapas por ejemplo, el número de unidades de consulta externa para la población abierta es de 873, mientras que para la población derechohabiente es de 120; en Oaxaca para las mismas poblaciones las cantidades son de 1,039 y 99 respectivamente.

Total unidades Consulta Externa para población Abierta y Derechohabiente y la suma de las tres Enfermedades Infecto Contagiosas de mayor presencia 1999



⁵ Para conocer en detalle el Paquete Básico de Servicios de Salud, revisar el *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, Anexo B, Poder Ejecutivo Federal, México.

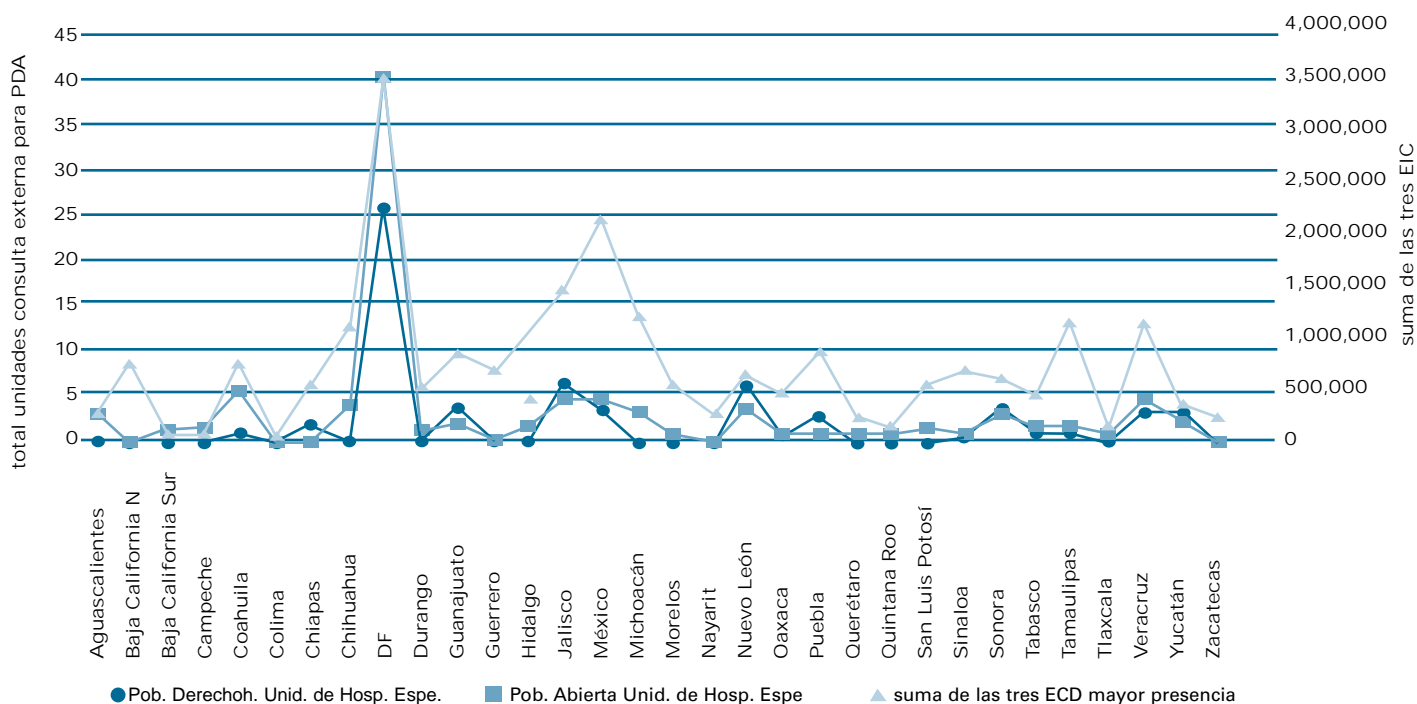
⁶ Las tres enfermedades infecto-contagiosas de mayor presencia en el

país al año 1999 son: la amebiasis intestinal (con 1,516,845 casos), las infecciones agudas (29, 130, 924 casos), infecciones intestinales otros organismos (4,862,618). Para mayor detalle revisar *Secretaría de Salud, La Situación de la Salud*, 1999 [www://ssa.gob.mx](http://ssa.gob.mx)

A manera de contraste, para el caso de unidades de hospital de especialidad con relación a las tres enfermedades crónico-degenerativas⁷ de mayor presencia en el país al año 1999, la situación ilustra la falta de

infraestructura: en Chiapas no hay ningún hospital de este tipo para la población abierta, habiendo dos para la población derechohabiente, mientras que en Oaxaca hay una unidad para cada tipo de población.

Total unidades de Hospital de Especialidad para población Abierta y Derechohabiente y la suma de las tres Enfermedades Infecto Contagiosas de mayor presencia 1999



Fuente gráficas, elaboración propia, con base en el documento *La Situación de la Salud, 1999*, Secretaría de Salud, www.ssa.gob.mx.

Si bien la gráfica anterior apunta a que, en general, hay más hospitales de especialidad para la población abierta que para la población derechohabiente, estos servicios están concentrados principalmente en el D.F. (con 46 establecimientos), y en algunas entidades federativas como Coahuila (con 6 unidades de este tipo) Jalisco, México y Veracruz (con 5

cada una). En cambio, las regiones de mayor pobreza no cuentan con infraestructura de este tipo, como son los casos de Chiapas y Guerrero. Sumado a lo anterior, el monto del Presupuesto de la Secretaría de Salud, destinado a inversión en obra pública ha registrado un decrecimiento a lo largo de los tres últimos años, como se aprecia en el siguiente cuadro:

Montos destinados a obra pública en la Secretaría de Salud (Ramo 12)

	1999	2000	2001
pesos corrientes	681,090,600	333,854,400	214,236,100
pesos constantes (1993 año base)	221,148,441	98,001,789	58,678,746

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Subsecretaría de Egresos, PEF 1999, 2000, 2001.

⁷ Las tres enfermedades crónico-degenerativas de mayor presencia en el país, al año 1999, corresponden a la Diabetes Mellitus (con un total de 284,811 casos), a la Hipertensión Arterial (con 405,687 casos) y a las

Enfermedades Isquémicas del Corazón (con un total de 55,575 casos). Para mayores detalles véase Secretaría de Salud, *La Situación de la Salud*, año 1999, www.ssa.gob.mx

Ubicándolo en términos porcentuales, es aún más visible la fuerte contracción de este tipo de gasto, ya que, en relación al total del presupuesto de la Secretaría de Salud, significó para el año 1999 un 3.94 por ciento, en el año 2000 un 1.82 por ciento y en el presente año sólo un 1.11 por ciento. Es decir, si la población en México es de 97,483,412 millones⁸, esto significa que al rubro de obra pública en la SSA se le están destinando 2.19 pesos por persona al año. Esto a todas luces es insuficiente para las necesidades en atención hospitalaria que se desprenden del ya señalado e irreversible cambio epidemiológico.

Ante esta situación, ¿qué propone el Programa Nacional de Salud?

El PNS y el "Federalismo cooperativo"

Para hacer frente a este problema, la Secretaría de Salud a través del Programa Nacional de Salud (PNS), presenta el llamado "*federalismo cooperativo*", que propone "acciones de cooperación interestatal" para así subsanar las carencias en servicios de alta especialidad y de salud pública⁹. 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 lo es el de la salud.

Como tal, 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, sino a excepción de la creación de laboratorios regionales en "por lo menos cinco puntos del país"¹⁰.

Al hacer esto, el PNS pasa por alto sus propias 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 considera su diagnóstico con respecto al rezago en infraestructura y al consecuente déficit en la entrega de atención de segundo y tercer nivel, que queda patente en la Encuesta Nacional de Salud 2000, la cual 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"¹¹.

Justificar la cooperación interestatal por "prácticas habituales" es un argumento demasiado irresponsable y contradictorio con el diagnóstico del que parte la Secretaría, y pone en tela de juicio uno de los principios fundamentales del derecho a la salud, que es la accesibilidad de los servicios que el Estado provee en la materia¹². Es evidente que para resolver las graves carencias existentes en la atención a la salud, con coherencia entre las necesidades de infraestructura hospitalaria y el tipo de enfermedades que van emergiendo, se requiere de acciones profundas de transformación. ¿Tendremos que esperar un sexenio más para avanzar en este sentido?

⁸ Instituto Nacional de Geografía e Historia, INEGI, *XII Censo General de Población 2000*.

⁹ Secretaría de Salud, *Plan Nacional de Salud 2001-2006*, México, 2001, p. 121.

¹⁰ *Ibid.*, p. 126.

¹¹ *Ibid.*, p. 56.

¹² Para garantizar el derecho a la salud se tiene que cumplir con el principio rector de la accesibilidad, que 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" (Provea, *La salud como derecho: marco nacional e internacional de protección del derecho humano a la salud*, Serie Aportes núm. 3, Caracas, 1996, p. 33).

Los artículos de este boletín son producto de una investigación más amplia sobre el sistema y los servicios de salud en México. Para mayor información y adquisición del documento de trabajo correspondiente, favor de comunicarse a Fundar.



FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación, A.C. es una institución independiente, plural e interdisciplinaria dedicada al análisis de problemas relacionados con la democratización de México. La principal línea de trabajo de la organización es el análisis de presupuestos públicos. El boletín PeSo\$ y ContraPeSo\$ forma parte del proyecto "Los presupuestos de la transición" y se realiza con apoyo de la Fundación Ford.

Son miembros de la junta directiva de FUNDAR: Sergio Aguayo, Mario Bronfman, Gloria Ramírez, Rodolfo Stavenhagen, Alberto Szekely y Olga Pellicer.

El personal de FUNDAR está compuesto por Helena Hofbauer, Briseida Lavielle, Gabriel Lara, Daniela Díaz, Martha Macías, Barbara Martínez, Ana Silvia Martínez y Edna Calvo, así como tres investigadores asociados: Claudia Vinay, Jorge Romero y Juan Ortega.

Popotla 96-5
Tizapán-San Angel
México D.F. 01090
Tel/Fax: 5661-0855 y 5595-2643
Correo-e: finanzaspublicas@fundar.org.mx