

Año 2  
Núm. 3  
Octubre 2002

UNA MIRADA A  
LA  
MORTALIDAD  
MATERNA  
DESDE LA  
ASIGNACIÓN  
PRESUPUESTAL



FUNDAR Centro de  
Análisis e Investigación  
A.C.

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

La mortalidad materna es un problema que puede evitarse. Su prevención depende directamente de la cobertura y la calidad de los servicios de salud. En México, durante el año 2001, casi cinco mujeres murieron al día por causa del embarazo, parto o puerperio. El 67.3 por ciento de las muertes maternas registradas se concentró en los estados del sur y sureste del país, donde un significativo número de habitantes carece de seguridad social, vive en condiciones de pobreza extrema en zonas rurales, y es indígena. Esto sin considerar el significativo subregistro existente, el cual se estima en un 40 por ciento.

El Estado mexicano ha venido implementando diversos programas dirigidos a los sectores marginados de la población abierta, que de manera directa o indirecta pueden ayudar a atender este problema. Entre estos destaca el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), pues incorpora acciones específicas de atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, y tiene como uno de sus objetivos reducir la mortalidad materna e infantil durante el periodo perinatal.

Pese a que el Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece que la mortalidad materna es un problema de salud pública, y la define como un indicador sectorial estratégico de desempeño y resultado, y a que el 2° Informe de Labores de la SSA considera que la salud materna constituye uno de los cinco problemas de alta prioridad para el sector, dos de los programas que incluyen acciones específicas de atención a este problema, el Programa Arranque Parejo en la Vida (APV) y el PAC, tuvieron una baja asignación presupuestal durante el año 2002.

En este boletín revisaremos cuál ha sido el comportamiento presupuestal desde el año 1996 al 2002 del PAC y del APV en el presente año, y cómo las asignaciones de recursos se vinculan con la calidad y el acceso a la atención médica. En el contexto del gasto asignado a los mencionados programas ¿qué significa la disminución de 12 millones 477 mil pesos que tuvo el PAC entre el proyecto de presupuesto y el aprobado para el 2002?

## Los recursos en el PAC y el APV

El PAC se puso en marcha como el programa eje para lograr cubrir a la población rural que no contaba con la mínima atención en salud. Contemplaba una meta de atención de diez millones de personas. En 1998 cubrió al 13.5 por ciento de la población abierta, en 1999 el 14.64 por ciento y en el 2000 el 14.55 por ciento del total. Esto significa 6.57, 7.44 y 8.08 millones de personas, respectivamente. Este hecho obligaría a que la asignación de recursos fuera coherente con la proporción de población que atiende el programa. Pero, como se observará más adelante, esto no ha sido así. Tal situación denota un déficit que afecta tanto al PAC como a la Secretaría de Salud en su conjunto, pues exigiría que los recursos destinados a dicha entidad fueran más que los otorgados a la fecha.

El poco peso relativo del PAC en la función salud<sup>1</sup> y la baja relevancia de la asignación presupuestaria a las entidades federativas, quedan de manifiesto en la tabla siguiente:

Presupuesto destinado a los Servicios de Salud (1998-2002) millones de pesos constantes (base 1993)					
Concepto	Total Función 08	Total PAC*	Total PAC Estados	% Total PAC/ Función 08	% PAC Estados/ Función 08
1998	35,044.55	301.39	222.73	0.86	0.63
1999	36,716.87	261.83	229.39	0.71	0.62
2000	38,287.24	320.27	114.55	0.83	0.29
2001	41,320.02	336.23	101.03	0.81	0.24
2002	32,450.76	346.11	85.32	1.07	0.26

\* El total del PAC comprende lo asignado a las entidades federativas más lo destinado a la Dirección del programa.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal para los años 1998, 1999, 2000 y 2001, para el año 2002 Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado.

Desde el comienzo del programa, en términos generales se registra un aumento sostenido en la asignación del gasto total, con una tasa de crecimiento real de 13.27 por ciento en el periodo 1996-2002. Pero al revisar el gasto en términos *per cápita*, se observa que de 1998 al año 2001 presentó una caída, al pasar de 45.90 a 37.47 pesos constantes por cada beneficiario.

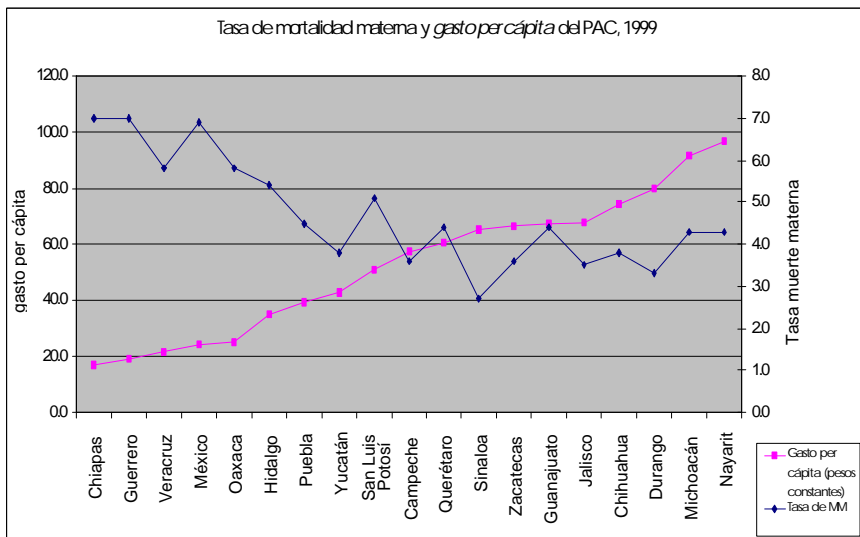
De igual forma, pese al incremento del presupuesto, se observa una contracción en el ritmo de crecimiento de los dos primeros años en contraste con los cuatro siguientes, resaltando la fuerte caída de 1999 (-13.13 por ciento). Esto se refleja claramente en la tasa de crecimiento anual, que pasa de 47.92 por ciento en 1997 a 2.94 en el año 2002.

El APV es el programa específico que plantea el Programa Nacional de Salud 2001-2006 para disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil. De igual forma es parte de la estrategia Contigo, que es el eje del Programa Nacional de Superación de la Pobreza 2001-2006. Empezó a operar en los estados de Aguascalientes, Campeche, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Tabasco y Veracruz. Posteriormente se implementará en Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí y Yucatán.

Para el año 2002 el presupuesto aprobado para el programa fue de 67,194,151 pesos. El gasto se presenta agregado, por lo cual es imposible saber cuánto se destinó a cada una de las entidades federativas focalizadas y al nivel central. El bajo financiamiento del programa puede deberse a que en el diseño se establece que una parte importante de los recursos deben proveerla grupos privados.

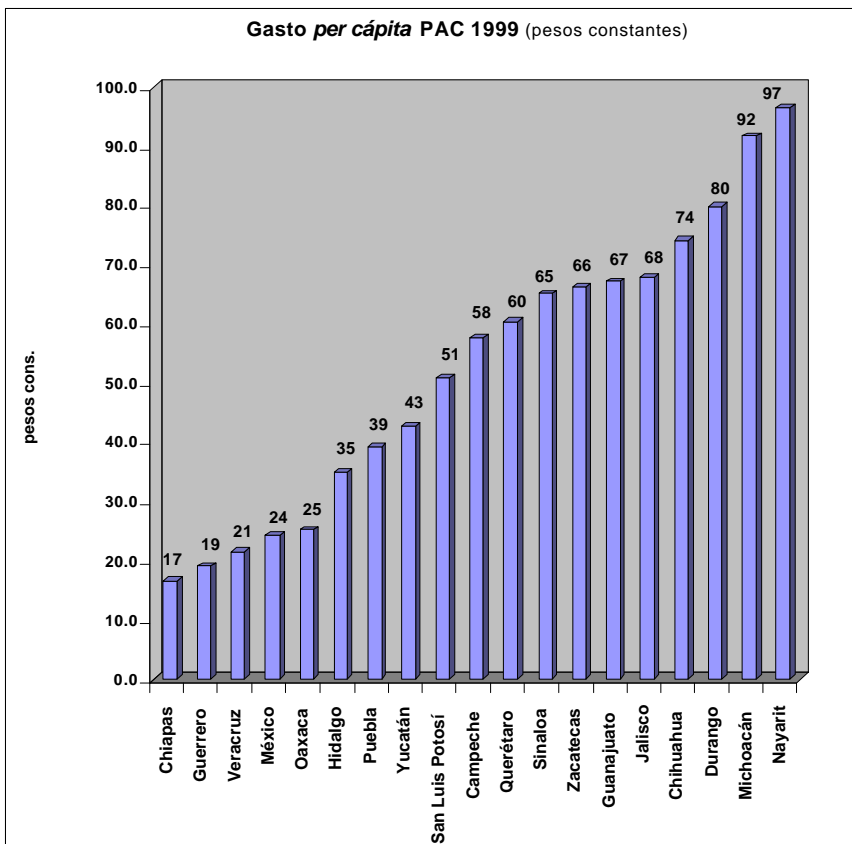
## Las asignaciones presupuestarias: El vínculo con la calidad y el acceso a la atención médica

El menor gasto *per cápita* del PAC coincide con los estados que en 1999<sup>2</sup> tienen las tasas de mortalidad materna más altas: Chiapas, Guerrero, Veracruz, México, Oaxaca e Hidalgo. Igualmente, son los que cuentan con una infraestructura PAC *per cápita* más deficiente y el número más alto de personas por personal médico del programa. Asimismo, varios de estos estados en el año 2000 son los que tienen la asignación federal *per cápita* más baja a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA): Chiapas, México, Oaxaca y Veracruz<sup>3</sup>.



Fuente: SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006, p. 40, [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx), SHCP, Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2001. Tasa por 10,000 nacidos vivos registrados en base a la población estimada por el CONAPO. Pesos constantes con base año 1993.

El *gasto per cápita* en el PAC refleja que proporcionar una eficiente atención en salud para solucionar un problema como el de la mortalidad materna, no se logra simplemente con destinar mayores recursos a los estados con altos niveles de marginalidad, debido a que el rezago en atención en salud es demasiado grande. Es así que los estados que reciben un mayor financiamiento -al dividirlo por el total de la población beneficiaria-, son precisamente los que tiene un menor gasto por persona. En consecuencia, hay una relación inversa entre el número de habitantes y el *gasto per cápita* por entidad federativa.



Fuente: Elaboración propia con base a: SHCP, Cuenta de la Hacienda Pública, 1999. Pesos constantes con base año 1993.

La poca asignación de recursos ha obligado a sobre-utilizar, tanto los recursos de infraestructura como los recursos humanos existentes de los servicios de salud ubicados en las zonas de alta marginalidad.

En el caso del PAC, el gasto destinado a obra<sup>4</sup> ha sido muy limitado, en comparación con su gasto total; para 1998, 1999, 2000 y 2001 representan el 3.9, 7.1, 4.5 y 2.2 por ciento respectivamente. Inclusive en Campeche y Nayarit no hubo inversión en obra. La poca inversión en obra con recursos del programa, explica la diferencia sustancial entre el número de obras reportadas y las unidades médicas registradas. Por ejemplo en Guerrero para el año 2001, en obra acumulada desde 1998, se informa de 16 obras y a su vez se registran 408 Unidades Médicas<sup>5</sup>.

Por tanto es mucho mayor la cantidad de obras, que ya estaban antes de la instalación del PAC, o fueron cedidas a este durante su operación o son compartidas con otros programas.

Esta misma situación se presenta con respecto a los recursos humanos. Por un lado, el PAC se sustenta de manera importante en el personal voluntario de la comunidad (auxiliares de salud y parteras); por otra parte tiene una escala salarial bastante baja. En Chiapas, en el año 1999 un médico titulado recibía un salario mensual promedio de 7,818 pesos, una enfermera 4,465 pesos, un médico pasante 1,200 pesos y un auxiliar de salud 250 pesos. De nueva cuenta, existe una diferencia significativa entre los recursos humanos específicamente cubiertos con recursos del programa y el total de los recursos humanos participantes en el mismo.

En Guerrero al año 2001 se registraron 108 médicos, 103 enfermeras, 67 paramédicos y 693 auxiliares de salud (de los cuales sólo 313 recibieron incentivos económicos), pero como total en el PAC se reportan 667 médicos, 778 enfermeras y 290 paramédicos<sup>6</sup>.

Esta situación implica que el personal de salud trabaja en diferentes programas a la vez, lo cual debilita la atención específica que pueda otorgarse a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin considerar que el mismo personal atiende las otras doce intervenciones de salud que proporciona el programa. Es claro que las “economías” del PAC, -sustentadas en la tesis de ampliar la cobertura en la atención de la salud entregando un paquete básico de servicios de salud (PBSS) a un bajo costo- conlleva a una calidad deficiente en la atención en salud, al mismo tiempo que a un acceso también deficiente a este PBSS. Por ejemplo, el personal médico con mayor capacitación opera bajo un esquema de atención itinerante: llegan a cada comunidad una vez por mes y, en consecuencia sólo están por casualidad cuando se presentan situaciones de emergencia.

También es de resaltar la situación que se da a conocer en Oaxaca, entidad en la cual al comienzo del programa se difundió que la paciente no tendría que pagar por atención especializada ni por exámenes de laboratorio durante el embarazo, parto y puerperio, y en la actualidad sólo tiene acceso gratuito a lo otorgado en el PBSS. Lo cual implica que nada más tiene acceso a las consultas con médicos generales en el primer nivel de atención, la aplicación del toxoide tetánico, el suministro de hierro y ácido fólico y la atención - eventual- del parto por personal calificado. Es primordial en la prevención de la mortalidad materna, tener acceso a médicos especialistas, exámenes de laboratorio, el suministro de medicamentos en caso necesario y la atención del parto por personal calificado. Como resultado de estos vacíos en los servicios que ofrece el PBSS del PAC, la paciente -en el caso de poder hacerlo- debe costearse dichos servicios básicos. Esta situación se traduce en un ahorro del gasto por el programa.

A lo anterior hay que agregar que el programa no contempla medios para trasladar ni a la paciente ni a sus acompañantes al segundo nivel de atención, esquema de atención que es sustancial para prevenir la mortalidad materna en situaciones de emergencia obstétrica.

## Las deficiencias en la atención materno-infantil

Investigaciones en dos de los estados con mayores tasa de mortalidad materna (Chiapas con 7.3 y Oaxaca con 6.3), hacen notar que hay una significativa cantidad de partos en población abierta que no son atendidos por la Secretaría de Salud. En Chiapas, de los 60 mil partos que debiera atender la SSA, a la fecha hay entre 36,000 y 42,000 que no son atendidos. En Oaxaca la situación no es muy distinta, pues en 2001 aproximadamente 25,615 partos tampoco contaron con atención. Esta situación conlleva a que en dicho estado en los últimos 3 años el 47.44 por ciento de los fallecimientos por embarazo, parto y puerperio ocurrieron en el hogar y el 43.7 por ciento en hospitales, mientras que la mayoría de los casos del restante 8.86 por ciento, ocurrieron durante el traslado a un hospital para una atención de segundo nivel.

**El PAC** esperaba en parte paliar esta situación, sin embargo la menguada asignación de recursos a la atención materno-infantil -más el esquema de atención- no han logrado revertir de forma suficiente esta carencia. Por ejemplo, en Oaxaca en el año 2001, del total de partos que le correspondía asumir al PAC -27,281- alrededor de 15,734 no fueron atendidos. En Chiapas en 1997, en la Jurisdicción II -la de mayor tasa de mortalidad materna en el estado- el presupuesto en la intervención de atención materno-infantil, representó solamente el 4.11 por ciento del total del presupuesto autorizado para la mencionada Jurisdicción.

## El significado de las carencias en la asignación presupuestal

El que se deje de destinar una determinada cantidad de recursos a programas tan sensibles como el PAC, tiene consecuencias directas en la efectividad de la entrega del servicio médico. En el caso de la atención durante el embarazo, parto y puerperio, estas consecuencias se revisten de una mayor complejidad e importancia, ya que pueden desencadenar en el fallecimiento de la madre.

En Oaxaca, la disminución del presupuesto del año 2000 al 2001, significó una reducción en la partida para medicamentos, de 6 millones 156 mil pesos constantes a 5 millones 303 mil pesos constantes (base 1993).

**Presupuesto ejercido PAC total y por partidas  
seleccionadas, Oaxaca 2000-2001**  
(miles de pesos constantes, base 1994)

Partida	Programa de Ampliación de Cobertura (PAC)			
	2000	%	2001	%
Total	16,425.92	100	15,192.08	100
Servicios Personales	-	0	-	0
Productos químicos, farmacéuticos y de laboratorio	6,156.4	37.48	5,303.49	34.91
Mantenimiento de vehículos, mobiliario, equipo e instalaciones	767.6	4.67	602.74	3.97
Otros	9,501.92	57.85	9,285.85	61.12

Fuente: Martha Aída Castañeda, *El paquete básico de servicios de salud y los programas de atención a la salud materna en Oaxaca*, mimeo, 2002.

Para el año 2002, entre el proyecto del Presupuesto de Egresos de la Federación y el presupuesto aprobado, el PAC sufrió un decremento de recursos por 12 millones 477 mil pesos.

Según la estimación de costos del PBSS del PAC, realizada en 1998 por la SSA, (con pesos actualizados a diciembre de 2001), esta cantidad significa dejar de referir por un médico, al segundo nivel de atención, a 15,667 mujeres embarazadas, y la misma operación efectuada por una partera, a 111,442 mujeres embarazadas. Si se estima en un 10 por ciento la cantidad de partos que pueden presentar complicaciones, es decir unos 8,593 en Oaxaca y 6,000 en Chiapas, la disminución equivalió a 1.8 y 2.6 veces la cantidad de partos con complicaciones referidas por un médico, en Oaxaca y Chiapas respectivamente, y 12.9 y 18.5 veces si esto lo hubiera hecho una partera en las mencionadas entidades. Es de llamar la atención, que el segundo nivel de atención se requiere en casos de emergencia obstétrica.

## Las reasignaciones para salud

La Cuenta Pública del 2001 dio a conocer que algunas dependencias aumentaron su presupuesto con respecto al aprobado. Ese es el caso de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Secretaría de Turismo (SECTUR) y la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE). Por un lado, los recursos adicionales que ejerció la SHCP equivalieron a 2.3 veces lo aprobado para el PAC durante el año 2002. Por otra parte, el incremento de SECTUR correspondió a 2.6 veces el financiamiento aprobado para el APV.

## Reasignaciones y asignaciones, PEF 2001-2002

Dependencia / Programa	Aumento neto 2001 (millones de pesos corrientes)
Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)	3,106.1
Secretaría de Turismo (SECTUR)	178.5
Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE)	41.8
APV aprobado 2002	67.19
PAC aprobado 2002	1,306.70

Fuente: SHCP, Cuenta de la Hacienda Pública Federal, Tomos de Resultados Generales 2001 p. 80 y SHCP, PEF aprobado 2002.

Hubo dependencias que pese a estar fuera del área social, y también sufrir recortes presupuestales, registraron importantes aumentos en algunos tipos de gasto. Las Secretarías de Marina y de Defensa Nacional (SEDENA), tuvieron un aumento en obra pública de 24.9 y 17.2 por ciento respectivamente. Marina ejerció, en ese rubro 1,012,800,000 pesos; prácticamente el total que ejerció el PAC, que fue de 1,202,065,759 pesos. Los incrementos señalados corresponden a 15.07 y 2.6 veces el presupuesto aprobado del APV<sup>7</sup>.

Ambos ejemplos demuestran que a pesar de que el país se encuentra en un entorno de restricción presupuestal, una transformación de las prioridades permitiría dirigir asignaciones monetarias hacia áreas esenciales para el bienestar de la población -como la mejora de la atención de la salud de los sectores marginales, especialmente la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

En este momento, en el cual el presupuesto para 2003 se empieza a discutir, y esta vez bajo un anticipado entorno de austeridad, es fundamental que la discusión esté permeada por la priorización de los recursos necesarios para atender las necesidades fundamentales insatisfechas.

<sup>1</sup> La función salud (08) comprende al Sector Salud, y está compuesto por: la Secretaría de Salud, el componente de salud de la Secretaría de la Defensa Nacional y de PEMEX, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y las Aportaciones Federales para Servicios de Salud (FASSA, Ramo 33). La secretaría de Marina también destina recursos a salud; sin embargo éstos no son posibles de identificar tanto en el Presupuesto de Egresos de la Federación como en la Cuenta Pública Federal, que son las fuentes utilizadas en el presente documento.

<sup>2</sup> Se utiliza el año 1999 porque de 1998 a 2002, es el que tiene una mayor asignación a los estados en comparación con lo dirigido a la Dirección del programa. Por lo tanto es el que posibilita de mejor manera visualizar lo que exclusivamente se establece a las entidades federativas para lo correspondiente a la operatividad del PAC.

<sup>3</sup> Fuente: H. Hofbauer y G. Lara, *La Salud: un derecho social, no un privilegio*, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, abril del 2002, pp. 19 y 29 (disponible en [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)).

<sup>4</sup> Las acciones en obra consisten en: Construcción (obra nueva), ampliación, rehabilitación y conservación, y mantenimiento.

<sup>5</sup> Total de obras: 2 en 1998, 5 en 1999, 5 en 2000 y 4 en 2001, esta última se desglosan de la siguiente manera: Construcción (centros de salud) 4, ampliación 0, rehabilitación 0 y conservación y mantenimiento 0. Fuente: SHPC, Cuenta de la Hacienda Pública 1998, 1999, 2000 y 2001. SSA, Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx).

<sup>6</sup> Fuente: SSA, Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx).

<sup>7</sup> Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C., *La mortalidad materna, un problema sin resolver*, documento de difusión, octubre, 2002.

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 del esfuerzo conjunto de FUNDAR y del Foro Nacional de Mujeres y Política de Población. La investigación estuvo a cargo de Dora Sánchez-Hidalgo, Daniela Díaz, Graciela Freyermuth y Martha Castañeda. Esta publicación contó con el apoyo de la Fundación John D. and Catherine T. MacArthur.

Los órganos de dirección de FUNDAR están integrados por:

Presidente: Dr. Sergio Aguayo

Vicepresidente: Embajadora Olga Pellicer

Secretario: Dra. Gloria Ramírez

Tesorero: Dr. Mario Bronfman

Vocal: Dr. Alberto Székely

Comisión de Vigilancia: Dr. Rodolfo Stavenhagen



El equipo de FUNDAR está integrado por:

Directora Ejecutiva: Mtra. Helena Hofbauer B.

Coordinadoras de Proyecto: Briseida Lavielle y Verónica Zebadúa.

Responsable de Proyecto: Gabriel Lara y Daniela Díaz.

Investigadores : Diego Sheinbaum

Mariana Pérez

Alejandro Ortiz

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](mailto:fundar@fundar.org.mx)

[finanzaspublicas@fundar.org.mx](mailto:finanzaspublicas@fundar.org.mx)