

Centro de Estudios



Sociales y de Opinión Pública

"Cumplimos 5 años de trabajo"

Oportunidades y Seguro Popular: desigualdad en el acceso a los servicios de salud en el ámbito rural

Karla S. Ruiz Oscura

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

Documento de Trabajo núm. 20

Septiembre de 2007



Las opiniones expresadas en este documento no reflejan la postura oficial del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, o de la Cámara de Diputados y sus órganos de gobierno. Este documento es responsabilidad del autor.



**Comité del CESOP
Mesa Directiva**

Dip. Salvador Barajas del Toro
Presidente

Dip. Fabián Fernando Montes Sánchez
Secretario

Dip. Cuauhtémoc Sandoval Ramírez
Secretario

**Centro de Estudios Sociales
y de Opinión Pública**

Francisco Guerrero Aguirre
Director General

Arturo Maldonado Tapia
Director de Vinculación y Gestión

Gustavo Meixueiro Nájera
Director de Estudios de Desarrollo Regional

Francisco J. Sales Heredia
Director de Estudios Sociales

Eduardo Rojas Vega
Director de Opinión Pública

Ernesto Caveró Pérez
Subdirector de Análisis
y Procesamiento de Datos

Saúl Munguía Ortiz
Coordinador Administrativo

Juan Carlos Amador Hernández
Rafael Ante Valencia
Efrén Arellano Trejo
Sandra Espinosa Morales
José de Jesús González Rodríguez
Nora León Rebollo
María Guadalupe Martínez Anchondo
Mariela Monroy Juárez
Salvador Moreno Pérez
Alejandro Navarro Arredondo
Roberto Ocampo Hurtado
Sara María Ochoa León
Edgar Pacheco Barajas
César Augusto Rodríguez Gómez
Oscar Rodríguez Olvera
Octavio Ruiz Chávez
Karla Ruiz Oscura
Investigadores

Elizabeth Perdomo Reyes
Coeditora

Alejandro López Morcillo
Editor

Oportunidades y Seguro Popular: desigualdad en el acceso a los servicios de salud en el ámbito rural

Karla S. Ruiz Oscura

Introducción

Esta investigación parte del supuesto de que la salud y la educación son los principales componentes para el desarrollo social de cualquier país. Sin embargo, los países en desarrollo, como lo es México, presentan grandes rezagos históricos en ambos aspectos.

En nuestro país, la política social se ha centrado enfáticamente en el abatimiento de la desigualdad social y el combate a la pobreza. No obstante, diversas instancias gubernamentales, académicas y organizaciones de la sociedad civil reconocen inconsistencias en cuanto al acceso y la calidad de los servicios básicos, entre ellos los de salud.

Parte de este reconocimiento consiste en que esta carencia y falta de acceso a los servicios de salud se ha *enraizado* en los sectores sociales que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, incluyendo el medio rural.

Para remediar esta situación, se han planteado múltiples propuestas generales, de las que retomo algunos ele-

mentos con los que el Estado ha respondido a esta problemática y sólo para el área de la salud. Particularmente se analizarán los programas de gobierno Oportunidades¹ y Seguro Popular. Cabe aclarar que son programas con distintas finalidades y formas de operación, con enfoques diferentes en su diseño, aunque ambos consideran de manera fundamental el combate a la pobreza y la desigualdad en el acceso a la salud. Éstos se inscriben dentro de las estrategias de acción planteadas en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, el cual tuvo como propuesta central “la igualdad de oportunidades”, definiéndose esto como un *arranque parejo en la vida* que supone que todas las personas puedan tener acceso a los servicios y bienes indispensables en el desarrollo humano y desde el nacimiento.

Una de las principales finalidades de esta investigación es la revisión de la operatividad *conjunta* de ambos pro-

¹ Para el caso de Oportunidades es pertinente aclarar que sólo se tomará en cuenta el componente en salud del programa y algunos puntos relacionados con los otros dos componentes (educación y nutrición) para complementar el análisis.

gramas en contextos rurales de alta y muy alta marginación, así como los posibles efectos que tuvieron, ambos y en conjunto, en la reducción de la desigualdad del acceso a los servicios de salud. A partir de las voces de distintos actores y de algunos datos se hará énfasis en los alcances y limitaciones que estos programas presentan respecto de la problemática abordada.²

De esta manera, se describirán los tipos de acceso a los servicios de salud a partir del esquema de aseguramiento en salud de México, así como un marco de referencia internacional para el periodo revisado.³ Al mismo tiempo, se trabajará un breve marco teórico tomando como eje de análisis la desigualdad en cuanto al acceso. Asimismo se mencionan los principales argumentos sobre la operación de los programas Oportunidades y Seguro Popular (acotados al medio rural), y algunos antecedentes de importancia. Y finalmente se abordarán algunos elementos en torno al impacto de los programas en el medio rural y en específico en la problemática antes señalada.

Algunos de los puntos fundamentales que se consideran a lo largo del texto, secundarios pero no por ello de menor importancia respecto del problema de la desigualdad, son los que se refieren a la segmentación del sistema de salud, el marco normativo in-

² El *acceso a los servicios de salud* es un aspecto complejo que implica muchos factores socioculturales. Más adelante se desarrollan algunos puntos de análisis sobre el acceso o la falta de éste en el ámbito antes acotado.

³ Se toma en cuenta este periodo porque en 2001 comienza a operar, como programa piloto, el Seguro Popular de Salud. Para más detalles se describen los antecedentes de ambos programas en el segundo apartado.

ternacional y nacional, así como el modo de operación de este tipo de programas y en específico los de interés.⁴ Finalmente se anotan algunas conclusiones.

Acceso a los servicios de salud: la desigualdad en el sistema

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4º que *toda persona tiene derecho a la protección de la salud*. En la Ley General de Salud en el artículo 2º se detalla que este derecho a la protección en salud se traduce primordialmente *en el disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población*. En el 3º se destaca que la salubridad general es responsabilidad de la federación y las entidades, e implica entre otras cosas, la atención médica preferentemente en beneficio de grupos vulnerables. En los artículos 25, 27, 28 y 29 se detallan estas responsabilidades, mientras que en los artículos 35 y 36 se mencionan los criterios de universalidad y gratuidad. Este último aspecto de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de los usuarios, puesto que el Ejecutivo Federal y las entidades pueden establecer las cuotas de recuperación correspondientes a la prestación de servicios. Estos servicios deben fundarse en el principio de solidaridad social, “eximiendo de ellas a los usuarios que carezcan de recursos para cubrirlas”.

⁴ En este sentido, es interesante observar que Oportunidades, siendo un programa, es de mayor temporalidad (véase en los antecedentes, más adelante) que el Seguro Popular, y pese a que tienen objetivos y diseño diferentes, en la operación hay puntos donde convergen. En el apartado 3 se explica esto a detalle.

Por consiguiente, derecho y disfrute constituyen lo que aquí se entiende por acceso a los servicios de salud, el cual consiste en llegar, ser recibido y atendido en las instituciones públicas y/o privadas creadas para tal efecto. Esta triada de acciones son cruciales en casos de accidente o de merma de salud; de llevarse a cabo de manera óptima representan la única posibilidad de recuperar la salud, siendo ésta, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”.⁵

Es claro que la definición de salud dada por la OMS otorga importancia extrema a la *integralidad* de este aspecto vital de las personas. De acuerdo con el Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea), el acceso a los servicios de salud debe estar

[...] 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.⁶

Pese a la existencia y el reconocimiento de este marco normativo general tanto en el ámbito nacional como en el internacional, desde los primeros momentos de la formación del Estado mexicano, y en particular, respecto a

⁵ Organización Panamericana de la Salud, “Constitución de la OMS”, en *Documentos básicos*, documento oficial núm. 240, Washington, 1991, p. 23.

⁶ Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea), “La salud como derecho: marco nacional e internacional de protección del derecho humano a la salud”, *Serie Aportes*, Caracas, 1996.

la construcción institucional de su sistema de salud, han existido diversos óbices que dificultan el acceso igualitario de la población a los servicios de salud. Estos óbices son producto fundamentalmente de la segmentación del sistema que desde su origen estableció una diferenciación entre los servicios para trabajadores empleados por un patrón y los que se ofrecen a la población abierta, generalmente autoempleados.

En México, los servicios de salud se ofrecen en tres modalidades. En la primera de ellas, los servicios de salud se otorgan a los trabajadores empleados por medio de un contrato vinculante a derechos laborales, que se denomina *población derechohabiente*. Esta población tiene derecho a recibir atención médica por parte de las instituciones de sector público como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM), o bien, el que ofrece Petróleos Mexicanos (Pemex) a sus trabajadores.⁷

Para este tipo de servicios de seguridad social, el derechoahabiente puede gozar de todos los tipos de atención que son ofertados por la institución a la que está inscrito, creándose con ello un vínculo de derechos-obligaciones establecido a partir de una aportación económica tripartita: los propios trabajadores, el patrón y el Estado.

⁷ En este trabajo no se consideran los servicios del ISSFAM ni de Pemex, ya que se trata de servicios limitados a los trabajadores y servidores de dichos sectores. Se toman en cuenta solamente los servicios que ofrecen el IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Derechohabencia en México, breve descripción

La segunda modalidad es la que provee el Estado hacia la población *abierta* a través de la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA). En otras palabras, este servicio está dirigido a los usuarios cuya adscripción laboral no condiciona su acceso a los servicios hospitalarios y de atención médica; población que en su mayoría está inscrita dentro de la economía informal o que forman parte de los pequeños productores con poca capacidad económica para sostener los gastos en salud.

Por tradición, la SSA atiende principalmente a la población económicamente más vulnerable. Por este motivo, los servicios básicos de primero y algunos de segundo nivel tienen carácter gratuito en tanto que forman parte del paquete esencial de servicios de salud. Para el caso de la mayoría de los servicios de segundo y todos los de tercer nivel de atención, las cuotas son determinadas por criterios locales a partir del nivel de ingreso económico de los usuarios.⁸

La tercera modalidad es la que ofrece el sector privado, a cuyos servicios tiene acceso toda la población, independientemente de su adscripción laboral, sea en el sector formal o informal, siempre y cuando tenga los recursos económicos suficientes para sustentar los

⁸ Los servicios que ofrece la Secretaría de Salud y Asistencia, para el segundo y tercer nivel de atención y dependiendo del tipo de especialidad médica y quirúrgica, tienen una cuota preestablecida que en ocasiones es equiparable a las cuotas que se registran en el sector privado. Estas cuotas deben establecerse de acuerdo con el principio de gratuidad y universalidad establecido en el artículo 35 de la Ley General de Salud y que obedece, al mismo tiempo, al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas. Más adelante se abordan algunos detalles al respecto.

gastos correspondientes. Los tipos de atención y tratamiento son elegidos por los usuarios mismos a partir de su capacidad financiera, dada la relación entre el ingreso familiar y la oferta de los servicios de salud disponibles dentro de este sector. En múltiples ocasiones este sector cubre la demanda de servicios, complementando o sustituyendo los precedentes del sector público, ya sea por la calidad de éstos o por factores asociados al acceso de los mismos.

En estas tres “opciones de adscripción” se encuentran todas las posibilidades de contar o no con los servicios de salud en México. En el Cuadro 1 se muestran algunas cifras en relación con la derechohabiencia. Tales datos indican con claridad que la mitad de la población encuestada (49.7%) no es derechohabiente de alguna de las instituciones de salud del sector público. Es precisamente esta población la que asiste a los servicios que ofrece la SSA o a los servicios médicos del sector privado, donde se ven obligados a solventar de manera directa el gasto del ingreso disponible en el momento en el que se presenta la enfermedad o el accidente, o bien por la cobertura que otorgan las aseguradoras en gastos en salud. Si a este 49.7% se suma el 1% de la atención recibida por otras instituciones, un 1.8% que decide hacerlo en el sector privado y un 3.3% que no está especificado, la población que no se atiende en el IMSS, ISSSTE, ISSFAM, Pemex y Seguro Popular asciende al 55.8 por ciento.

Ahora bien, las familias que cuentan con un ingreso por debajo de los primeros tres deciles de ingreso, en promedio menos de 4 118 pesos mensuales, difícilmente cuentan con pro-

Cuadro 1
Proporción de población derechohabiente/no derechohabiente en México 2005

Población total ¹	Derechohabientes							No derechohabiente	No especificado
	Total derechohabientes ²	En el IMSS	En el ISSSTE	En Pemex ^e ISSFAM	Seguro Popular	En institución privada ³	En otra institución ⁴		
103 263 388	48 452 418	32 087 547	5 779 620	1 085 245	7 321 217	1 898 109	1 050 728	51 402 597	3 408 373
%	46.9	31	5.5	1	7	1.8	1	49.7	3.3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INEGI, *II Censo de Población y Vivienda 2005*. [¹ Incluye una estimación de población de 2 625 310 personas que corresponden a 647 491 viviendas sin información de ocupantes; ² La suma de población derechohabiente en las distintas instituciones de salud puede ser mayor a este total, ya que hay población que tiene derecho a más de una institución de salud; ³ Comprende a la población que cuenta con un seguro para acceder a los servicios médicos de instituciones privadas; ⁴ Comprende a la población que tiene derecho a los servicios médicos que otorgan los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud pública].

tección financiera para sucesos de urgencias médicas o tratamientos prolongados. Las familias que pertenecen a estos deciles de ingreso y que carecen de derechohabencia, difícilmente cuentan con un seguro médico de gastos mayores del sector privado. Los gastos que realizan estas familias suelen acompañarse de crisis económico-morales, que en los casos de mayor despliegue de recursos, dependiendo de la especialidad y disposiciones sociogeográficas, descompensan otros aspectos de importancia como la alimentación, vivienda y educación. Otro modo de resolver esta situación inesperada es solicitando préstamos a empresas o particulares, así como acudiendo a las casas de empeño, con lo que pierden parte de su patrimonio. Por tanto, la población más pobre, al carecer de seguridad social en salud, se ve mucho más afectada por los gastos a que da lugar un imprevisto en materia de salud; es la población más vulnerable en esta materia.

En este sentido, la problemática de la desigualdad en el acceso pasa necesariamente por la segmentación del sistema de salud. Los hogares más pobres son los más afectados porque el gasto llamado de bolsillo aumenta

los riesgos de empobrecimiento, ya que éste se determina por la relación entre el tipo de necesidad de atención médica, los servicios disponibles (incluyendo los de transportación y viáticos en las zonas rurales de alta marginación), y el nivel de ingreso económico de la persona y/o familia.

En el Cuadro 1 también se muestra que 46.9% es población derechohabiente. Cabe destacar que la institución con mayor número de derechohabientes es el IMSS, con poco más de 31%, seguida del Seguro Popular con 7% y del ISSSTE que representa el 5.5%. Los datos del Cuadro 1 demuestran que el acceso al servicio de salud se relaciona con la estructuración del sistema de salud, quedando claras agudas diferencias derivadas del sector laboral y del ingreso de la población. La desigualdad en el acceso a los servicios de salud es reflejo de la desigualdad social y económica.

Torres y Knaul mencionan que:

Dado que los servicios en salud son un bien normal, a mayor ingreso mayor es su demanda y mayor es el gasto en los mismos. Sin embargo, aun cuando los hogares más ricos son

quienes tienen un mayor gasto nominal, se observa que son los más pobres quienes gastan en salud una proporción mayor de su gasto disponible [...] Los hogares que viven en áreas urbanas tienen un gasto per cápita en promedio mayor que aquellos que viven en zonas rurales, puesto que en promedio son hogares con un nivel de ingreso mayor.⁹

Ahora bien, además de lo hasta aquí señalado, otro conjunto de aspectos importantes a considerar en el acceso a la salud en el ámbito rural tiene que ver con la dimensión sociocultural y étnica de este tipo de regiones. El grado de marginación, el contexto político, la lengua, el sexo, las redes de apoyo en el ámbito familiar y comunitario, y las concepciones culturales específicas de la salud-enfermedad-atención, son factores aleatorios que influyen en el acceso y la calidad¹⁰ de los servicios que en esos ámbitos se ofrecen. Estos factores pueden llegar a constituirse en *barreras de acceso*, ya que en variadas ocasiones el acceso a los servicios se limita o restringe cuando se combinan de manera negativa más de dos de estos u otros factores.¹¹

⁹ A.C. Torres y F. Knaul, *Determinantes del gasto de salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México*, CASESalud/Funsalud, México, 2001.

¹⁰ El acceso y la calidad representan quizás las propiedades más necesarias para la procuración de bienes y servicios de una nación en contextos democráticos. En este texto sólo se aborda el primero de estos aspectos, aunque compartan el mismo grado de importancia.

¹¹ Estos factores los trabaja a profundidad Graciela Freyermuth en el estado de Chiapas y para el caso de padecimientos que desembocan en la problemática de la muerte materna en regiones indígenas. G. Freyermuth, *Mujeres de humo. Morir en Chenalhó*, CIESAS/CPMVS Chiapas/ Miguel Ángel Porrúa, México, 2003.

Ante esta complejidad, las políticas públicas constituyen el instrumento adecuado con el que el Estado puede dar respuesta a la desigualdad propia del sistema, y que en el medio rural es uno de los *focos rojos*.

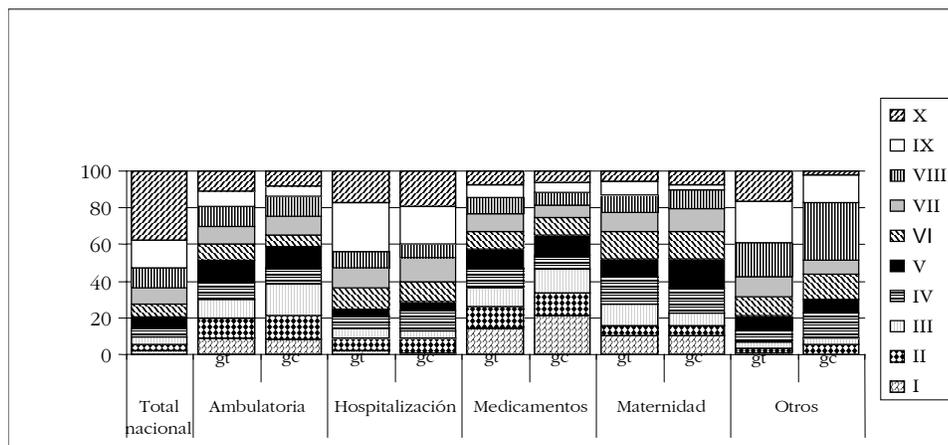
Descentralización y presupuestos, rutas de la inequidad

La desarticulación entre las instituciones, el presupuesto limitado y destinado de manera disímil entre instituciones y entidades federales, así como la demanda creciente de usuarios, han contribuido a que las brechas de acceso se ensanchen y profundicen a través de los años.

La Gráfica 1 muestra los porcentajes relativos a los gastos en salud por tipos de especialidad, así como los gastos llamados catastróficos, que representan 30% o más del ingreso disponible de las familias.

De esta forma, el escenario a tomar en cuenta para el futuro es complejo pero tiene grandes guías de acción. Por ejemplo, es importante señalar que para el crecimiento y desarrollo de los sistemas de salud contemporáneos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el gasto en salud debe ser de por lo menos 8% del producto interno bruto (PIB). Para 2005 México alcanzó solamente 5.8% y de éste 2.65% provino del gasto público, calculándose que para 2006 probablemente oscilará en 2.55%; el resto proviene del sector privado y en específico de los gastos de bolsillo de las familias. Así en México, más de la mitad de los recursos para la salud son privados y se constituyen fundamentalmente por los gastos de los hogares.

Gráfica 1
Porcentaje del gasto total en salud y gasto catastrófico por deciles de ingreso y especialidad, ENIGH 2000 y 2005



Nota: en cada uno de los rubros la columna de la izquierda corresponde al gasto total y la de la derecha al gasto catastrófico.

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con los datos de la ENIGH 2000 y 2005, y G. Nigenda, E. Orozco y G. Olaiz.¹²

res que en su mayoría conforman en aquel 55.8% que no se atienden por derechohabencia. Veamos esto:

El país destina 5.8% del producto interno bruto (PIB) a la salud, en contraste con países como Chile, Colombia y Uruguay que, con un nivel de desarrollo similar al de México, dedican 7.2, 9.6 y 10.9 del PIB a la salud, respectivamente. El promedio latinoamericano es de 6.9%. El desequilibrio en el origen de los fondos está relacionado con el peso relativo del gasto público en el gasto total en salud.¹³

Además, durante la administración pasada se reconoció que:

[...] los daños a la salud en México siguen siendo mayores en el medio rural que en las zonas urbanas, en las entidades del sur que en los estados del norte; y en las familias de menores ingresos, sobre todo en familias indígenas, que en los hogares de mayores recursos.¹⁴

Hofbauer y Lara sostienen que los sesgos de desigualdad (en salud) se mantienen a partir de la asignación de presupuestos, ya que tanto a la población más desprotegida —entre la que vive en condiciones de pobreza e índices de marginación, así como la que no cuenta con seguridad social de ningún tipo— como a las entidades federativas con mayores rezagos en infraestructura, personal médico, mayores porcentajes de población abier-

¹² Gustavo Nigenda, Emanuel Orozco y Gustavo Olaiz, “La importancia de los medicamentos en el Seguro Popular de Salud”, *Caleidoscopio de la salud*, Funsalud/CASESalud, México, 2001, p. 265. En: www.funsalud.org.mx (fecha de consulta: enero de 2007).

¹³ O. Gómez D. y M. Ortiz, “Seguro Popular de Salud. Siete Perspectivas”, *Salud Pública de México*, nov.-dic., 2004, Cuernavaca, México, pp. 585-596.

¹⁴ PNS 2001-2006 (Introd., p. 18), en: www.ssa.gob.mx (fecha de consulta: noviembre de 2006).

Gráfica 2

Gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Gómez y Ortiz.

ta y mayores índices de marginación, se les destinan menos recursos y de esta manera se reproduce al infinito las brechas en el acceso a los servicios de salud.

Esta estructuración inequitativa con la que se asigna el presupuesto en salud, mantiene al sistema en un estado de desequilibrio que

[...] perpetúa la disparidad en las condiciones de salud [...] no atenúa las brechas existentes: los estados con mayores ingresos y mejores niveles de salud son los que se les asigna mayor gasto en salud per cápita.¹⁵

La inequidad en la asignación de recursos se hace evidente en dos grandes aspectos: por un lado, las diferen-

¹⁵ H. Hofhauer y G. Lara con la colaboración de Bárbara Martínez, "La salud: un derecho social, no un privilegio", Documento de trabajo del proyecto Diálogo para explorar el análisis presupuestal aplicado, como herramienta para promover los derechos económicos, sociales y culturales, Fundar/ Fundación Ford, México, 2002, pp. 16. En: <http://www.fundar.org.mx> (fecha de consulta: diciembre de 2006).

cias presupuestarias entre entidades federativas, y por otro, las diferencias en la asignación de recursos a las instituciones¹⁶ (Cuadro 2).

Respecto a la asimetría en la asignación para las entidades federativas tenemos que los estados con menores asignaciones de presupuesto (per cápita) mediante el FASSA y el ramo 12 han sido Chiapas, Oaxaca, Guerrero y

¹⁶ De acuerdo con Lavielle, Lara y Díaz, la descentralización produjo diferencias sustanciales en la asignación del presupuesto, ya que en principio algunas entidades no firmaron los acuerdos para hacer las transferencias correspondientes y en segundo lugar hubo resistencia por parte del IMSS a que dicho ejercicio de recursos fuera dividido en dos centros de decisiones: la federación y los gobiernos de los estados. En este contexto se crea el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Fassa) en 1998 y opera en la misma lógica hasta el 2004, año en el que se le modifica con la creación del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) periodo en el que sufre modificaciones, dividiéndose en tres fondos, uno para la protección de gastos catastróficos y dos para gastos en salud de carácter individual y comunitario, respectivamente. B. Lavielle, G. Lara y D. Díaz, *Curitas para la salud. El mapa de la inequidad*, Serie Salud, Fundar/ Fundación Ford, México, 2004, p. 23. En: <http://www.fundar.org.mx/>

Cuadro 2
Gasto en salud por dependencia (miles de pesos constantes 1993)

<i>Ramos y dependencias</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
FASSA Ramo 33	4 720 390.2	5 297 859.6	5 939 348.0	6 887 072.0
Secretaría de Salud Ramo 12	4 657 590.8	4 613 028.6	4 756 729.1	5 280 217.1
IMSS	21 747 146.1	23 125 505.1	23 136 996.4	22 140 718.1
ISSSTE	3 936 265.4	3 283 633.1	3 671 957.5	3 705 057.3

Fuente: Hofbauer, 2002. [Ssa, *La situación de la salud, 1999*]

Michoacán, siendo las entidades con mayores índices de marginación y pobreza y con mayor porcentaje de población abierta. Tomemos dos casos para ejemplificar: el estado de Baja California Sur y el de Chiapas. Para 1999 el gasto per cápita en este estado fue de 595 pesos (sumando los recursos asignados para población abierta y derechohabiente), que cuenta con el primer lugar en marginación según estimaciones de Conapo y con 30 unidades de atención (primer nivel para población abierta) por cada 100 mil habitantes, mientras que para Baja California Sur se ubicó en 2 299 pesos per cápita, tomando en cuenta que la entidad tenía para este año 140 unidades por cada 100 mil habitantes, siendo un estado sin índices altos de marginación.

Este problema no se solucionó con la descentralización, sino que reprodujo la inequidad en la distribución de los recursos para las entidades, poniendo en desventaja a aquellas con mayores necesidades de inversión dado su rezago en salud.

El primer periodo del proceso de descentralización de los servicios de salud fue limitado por tres razones: la primera es que involucró sólo a 14 de las 32 entidades federativas (in-

cluyendo el D.F.), por lo cual, el resto continuó operando bajo un esquema centralizado. La segunda es que no implicó la descentralización de las facultades presupuestarias. La tercera, que no acercó el diseño de la política pública en materia de salud a las necesidades estatales. Todo esto significa que el modelo no cumplió con uno de los preceptos más importantes del federalismo: el fortalecimiento del vínculo con lo local y la formulación de estrategias con base a las necesidades.¹⁷

En el Cuadro 3 se establecen estas diferencias entre las entidades para 1999; las primeras tres filas corresponden a las entidades con menor presupuesto y mayores problemas de marginación y porcentajes de población abierta, mientras que los siguientes tres corresponden a las de mayores asignaciones de recursos y menores porcentajes de población abierta e índices de marginación.

Los recursos para el sector salud en las entidades con mayor índice de marginación y con mayor número de población abierta, son los que tienen

¹⁷ B. Lavielle, R. Moreno, M. Garza y D. Díaz, *Gasto en salud: propuestas para la mesa de la Convención Nacional Hacendaria*, Fundar, México 2004.

Cuadro 3
Estados con mayor y menor porcentaje de población abierta para 1999¹⁸

<i>Entidad Federativa</i>	<i>Población total</i>	<i>Presupuesto ejercido mediante FASSA</i>	<i>Población abierta</i>	<i>Gasto per cápita Función 08 salud (población abierta)</i>	<i>Población derechohabiente</i>	<i>Gasto per cápita Función 08 salud (derechohabientes)</i>	<i>Grado de marginación Conapo (1995)</i>
Chiapas	3 994 597	249 879.5	3 015 344	452.73	979 253	1 035.72	Muy alto
Oaxaca	3 545 614	204 359.3	2 593 319	455.56	952 295	985.43	Muy alto
Guerrero	3 131 946	272 814.5	2 046 034	484.06	1 085 912	1 065.93	Muy alto
Nuevo León	3 809 714	167 084.0	602 457	945.06	3 207 257	1 563.06	Muy bajo
Baja California Sur	399 180	60 226.1	56 329	3 750.96	342 851	2 060.72	Bajo
Coahuila	2 351 553	106 745.1	240 296	1 875.58	2 111 257	1 392.21	Muy bajo

Nota: Presupuesto ejercido en miles de pesos constantes de 1993. El gasto per cápita en salud que incorpora todos los tipos de gasto en salud (función 08) en pesos constantes de 1993.

Fuente: Elaboración propia a partir del concentrado de Hofbauer 2002. [Ssa, *La situación de la salud 1999*]

menor infraestructura hospitalaria de segundo y tercer nivel:

Los hospitales generales, que integran el segundo nivel de atención, también dejan en desventaja a los estados con mayoría de población abierta: ocho de ellos tienen menos de una unidad de este tipo de hospital para cada 100 mil habitantes. Para el caso de los hospitales de especialidad (tercer nivel) destacan 6 estados en los cuales no hay ninguna unidad de este tipo –entre los cuáles están los estados de Chiapas, Guerrero, Zacatecas–. Del balance general se desprende que tan sólo cuatro estados tienen más de una unidad (de tercer nivel) por cada 100 mil habitantes.¹⁹

En esta desigualdad por entidad para segundo y tercer nivel de atención, el caso del Distrito Federal representa el punto más evidente de la centralización de recursos, ya que para 2002 contaba con 41 hospitales de espe-

cialidad, situación que no ha variado significativamente a la fecha.

Ante esto, durante la administración 2001-2006 se discutió el financiamiento en salud, planteándose la reformulación de los sistemas de seguridad social *tradicionales*, así como la estructuración de la protección financiera para la población que no cuenta con seguridad social y que por medio de la afiliación voluntaria al Seguro Popular, se incorporan al sistema de seguridad social pública.

Respecto al FASSA hubo un replanteamiento que condujo a su desaparición como tal y a la creación de tres fondos de aportaciones, uno vinculado con los servicios de salud de la persona, y otro con los de la comunidad, con reglas diferenciadas.²⁰ Por otra parte se creó un fondo para la protección de gastos catastróficos que se constituye a partir de la cuota social y las aportaciones solidarias; así, la Secretaría de

¹⁸ Para este cuadro se tomaron sólo seis de las 32 entidades que presenta la autora en "La salud: un derecho...", *op. cit.*

¹⁹ *Ibid.*, p. 20.

²⁰ Éstos son: el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP); el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSC) y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Salud canaliza 8% de dichos recursos al fondo, con el objetivo de apoyar el financiamiento de enfermedades de alto costo.²¹

Este cambio favoreció la revisión de la asignación de presupuesto para cada entidad. Para 2003, Baja California Sur fue la que recibió el menor monto anual de subsidio con 1 320 pesos por familia y 328 pesos por persona. Así mismo Chiapas fue la entidad que recibió el monto más alto con 2 535 pesos por familia y 517 pesos por persona.²²

Aunque es una obligación del Estado realizar todo cuanto esté a su alcance para romper las brechas en cuanto al acceso a los servicios de salud, no es una tarea sencilla. Si bien se reconoce el derecho universal a la salud,²³ la realidad dista de alcanzar lo estipulado en normatividades nacionales e internacionales. Ahora bien, dados los niveles de pobreza que se padecen en el ámbito rural, éste representa uno de los *focos rojos* en la problemática en torno a la salud. John Scott, destaca que la desigualdad en salud puede observarse de acuerdo a que:

La brecha en mortalidad que separa a los municipios rurales más pobres

en el sur del país, donde existe una alta población indígena, de los municipios altamente urbanizados en el centro y norte, sugiere una polarización extrema en las oportunidades de salud de la población.²⁴

A continuación se analizarán los programas Oportunidades y Seguro Popular en materia de salud, para analizar sus resultados en cuanto a la eliminación de las brechas en el acceso y la inequidad, particularmente en lo que se refiere al ámbito rural. La aproximación a la problemática que es multifactorial debido a su profundidad histórica y estructural, pretende ofrecer algunos apuntes que de manera muy general den cuenta de la discusión que ha surgido a partir de la operación de dichos programas y para el tipo de contextos antes señalados.

Oportunidades y Seguro Popular: algunos antecedentes

El Programa Nacional de Salud 2001-2006

El sistema de salud mexicano, desde 1943, nació segmentado al instaurarse un modelo de atención dual que contempla la protección social para los empleados por un lado, y por otro, un

²¹ Los recursos del FPGC se asignarán a los centros regionales de alta especialidad (seleccionados mediante un estudio técnico) para atender los casos de salud graves, de acuerdo a las reglas de operación del programa.

²² Información tomada del *Diario Oficial de la Federación*, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

²³ Este derecho al más alto estándar de salud en todos sus niveles y formas se toma del Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Cultura-

les, Organización de las Naciones Unidas 1966.

²⁴ El autor menciona que en México no se cuenta con fuentes de información, y las que existen no son tan confiables ni continuas para poder avalar objetivamente esta problemática. Por otro lado menciona que de acuerdo con los indicadores que establecen organismos internacionales para el cálculo de la desigualdad en salud, la mortalidad infantil es el principal de ellos. J. Scott, *Desigualdad de la salud y de la atención de la salud en México*. Documento de trabajo. Serie Innovaciones en el Financiamiento de la Salud, CASES/Fundar, México, 2006.

esquema de atención a población abierta en el ámbito rural y para la población no asegurada. La intención fue la de generar un sistema de desarrollo socioeconómico que tendiera a la estandarización. Al contrario de lo esperado, el sistema económico y social ha tenido un crecimiento desigual y el sistema de salud ha profundizado su segmentación.

En la administración recién concluida, el Programa Nacional de Salud (Pronasa) 2001-2006 señala la importancia de la democratización del sistema de salud, marcando con ello las pautas que establecen la igualdad de oportunidades. Entre las estrategias de gobierno está contemplado un “arranque parejo en la vida”, que supone la intención política de la disminución de las brechas en cuanto al acceso a los servicios. Este “arranque parejo”, se menciona, tiene como objetivo fundamental ofrecer las mismas oportunidades y calidad de vida a toda la población. Además señala que el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional del país dependen de la salud de la población, enfatizando que la salud es una inversión para el desarrollo con oportunidades.²⁵

Durante ese sexenio se promovieron y aprobaron una serie de iniciativas de reforma de ley para la creación de un Sistema de Protección Social en Salud,²⁶ así como para la operación de programas de acción “transversales” que incidieran en las desigualdades en

el acceso a la salud como es el caso de Oportunidades, Arranque Parejo en la Vida, Procampo y Microrregiones, entre otros.²⁷ Los objetivos del Pronasa para el periodo señalado fueron:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
2. Abatir las desigualdades en salud.
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

En estos objetivos está implícita la propuesta de tomar como retos principales la equidad, la calidad y la protección financiera, siendo el abatimiento de la desigualdad en salud (donde se inscribe la problemática del acceso) el segundo objetivo central en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de la población en general. En este mismo sentido, en el documento se hace patente la necesidad de una mayor inversión en salud para ofrecer servicios de calidad, con suficientes insumos y unidades de atención, así como de acuerdo con las necesidades contextuales de la población. En estos objetivos se toma en cuenta claramente el principio rector de la constitución de la OMS que reconoce el derecho de las personas “al grado más alto de la salud, bajo los parámetros de la universalidad, sin dis-

²⁵ Programa de acción: salud reproductiva. En: www.elocal.gob.mx/wb2/ELOCAL/ELOC_Programa_de_la_SSA (fecha de consulta: noviembre de 2006).

²⁶ El proceso de la iniciativa fue largo finalizando con la puesta en vigor de la reforma en enero de 2004.

²⁷ La *transversalidad* parece implicar, entre otras cosas, la operación de programas que son coordinados por varias instituciones de gobierno y paraestatales en conjunto con la finalidad de invertir un capital humano y económico mayor que en años precedentes, donde cada institución operaba *sus propios* programas.

criminación de ningún tipo, asegurando el acceso y el disfrute equitativo”.²⁸

Así, los programas de Oportunidades y el Seguro Popular se establecen como medidas gubernamentales en atención a la desigualdad en el acceso. El Pronasa señala que:

[...] este rezago en salud se concentra en las poblaciones más pobres y es el principal responsable de uno de los rasgos distintivos de nuestra transición epidemiológica: la desigualdad.²⁹

Como estrategia de la política social en salud durante ese sexenio, estos programas se dirigieron a la población económicamente más vulnerable, aunque fueron insuficientes para proveer de servicios integrales de salud a quienes viven en contextos de alta marginación, donde apenas se habla de la cobertura “total” de los servicios de primer nivel, siendo un problema todavía no resuelto los servicios de segundo y tercer nivel por la prevalencia de una alta concentración de recursos materiales y humanos en los centros urbanos.

De esta manera, los servicios de salud en contextos rurales contemplan primordialmente acciones de corte epidemiológico, entre las que destacan las medidas de prevención y autocuidado en salud reproductiva, alimentación, higiene y otras medidas sanitarias. De acuerdo con Lavielle, Lara y Díaz, “En las comunidades marginadas únicamente se construyeron clínicas de mínima resolución médica”.³⁰

²⁸ Organización Panamericana de la Salud: “Constitución de la OMS”, *op. cit.*

²⁹ Programa..., *op. cit.*

³⁰ Lavielle, Lara y Díaz, *Curitas para la salud...*, *op. cit.*

La figura de prepago como la asignación limitada de recursos para población abierta en condiciones de pobreza, no garantizan la calidad, calidez y eficiencia de los servicios para los tres niveles de atención.

De cualquier forma, Oportunidades y el Seguro Popular constituyen vías para cumplir con el artículo 12 del pacto de la ONU, en el que se menciona que la 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 (en este caso en el caso particular del acceso) particularmente para los sectores más vulnerables...³¹

Es claro que ambos programas persiguen el objetivo real de reducir la desigualdad en el acceso a la salud: el primero atiende prioritariamente a población que vive en áreas rurales e indígenas –en años recientes, también a la población de las periferias de los centros urbanos con alto índice de marginación y pobreza–, y el segundo se enfoca en la población abierta que carece de seguridad social en salud, es decir, en condiciones de desigualdad económica dada su situación laboral. Ambos, dentro de su población objetivo, la más vulnerable del sistema, encuentran coincidencias en sus “universos de acción”.

De esta manera, Oportunidades y el Seguro Popular surgen bajo los principios rectores que deben estar presentes en el diseño y la aplicación de

³¹ ONU, 1966, *Artículo 12 del Pacto Internacional...*, *op. cit.*

estrategias y programas de gobierno (universalidad, accesibilidad, igualdad, gratuidad y equidad) establecidos por dicho artículo y que además se inscriben dentro del artículo 4º constitucional.

Descripción de los programas

El programa Oportunidades

El programa de Desarrollo Humano Oportunidades tiene antecedentes en la década de 1970, cuando se hicieron modificaciones a la Ley del Seguro Social para otorgar servicios a población marginada. En 1974 se instaura el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria que más tarde da pie al surgimiento de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) en 1977. Dos años más tarde se establece un convenio entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Coplamar que opera cuatro años para después derogarse al desaparecer la Coplamar en 1983. De 1984 a 1988 se descentralizan los servicios de salud, transfiriendo Unidades Médicas (UMR) y hospitales rurales a 14 entidades federativas en principio. En 1989 se aprueba la operación del programa IMSS Solidaridad que en 1997 se vincula al programa de educación, salud y alimentación Progresá. En 2002 Progresá cambia de nombre por el de Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (IMSS-Oportunidades) que está conformado por tres componentes: educación, salud y nutrición, que desde entonces se ha enfocado a población sin seguridad social, con altos índices de pobreza, y que reside en zonas de alta y muy alta marginación.

El programa atiende a la población en situación de pobreza extrema que para 2004 sumaba la cuarta parte de la población total del país. Dicho programa comprende la cobertura de las 32 Entidades federativas.³²

Oportunidades, en su componente de salud, ofrece la atención médica con base en el Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud que consta de 13 intervenciones en la atención de primer nivel, incluyendo entre otras cosas la prevención de la desnutrición en niños menores de cinco años con la entrega de suplementos alimenticios y pláticas con los padres del menor, el fomento del auto cuidado en salud, y el reforzamiento de la oferta de servicios de salud para satisfacer la demanda adicional.³³ Estos servicios se ofrecen en unidades médicas de primer nivel de atención como son las unidades médicas de la Ssa (Centros de Salud y Casas de Salud Comunitarias) e IMSS (Clínicas y Unidades Médicas Rurales-UMR), o bien en caso de localidades de muy alta marginación, a través de personal auxiliar comunitario

[...] el apoyo en efectivo y el acceso a los suplementos nutricionales [...] dependen de la asistencia regular y periódica a estas unidades de salud [...]. Lo importante es que la población que está acudiendo a recibir es-

³² O. Gómez Dantés y Mauricio Ortiz, "Seguro popular. Siete perspectivas", *Salud Pública de México*, marzo-abril, INSP, Cuernavaca, México, 2005, p. 166.

³³ *Diario Oficial de la Federación*, Sedesol, Acuerdo por el que se emiten y publican las reglas de operación del programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2003. Acuerdo publicado el 25 de septiembre de 2003 por el que se modifican las reglas de operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, publicadas el 8 de mayo de 2003.

tos servicios, está teniendo un efecto preventivo muy importante.³⁴

En casos de urgencias médicas en los que se requiere la transferencia de pacientes a unidades de atención de segundo o tercer nivel, las unidades médicas del municipio toman las medidas de atención médica y administrativas necesarias para ello, aunque las cuotas de transportación y atención médica de segundo y tercer nivel normalmente corren a cargo de las familias.

En el caso de la atención en hospitales generales y de especialidad así como los estatales, existen cuotas de recuperación, aunque cada entidad dispone de mecanismos de exención para la población en condiciones de pobreza extrema.

El programa contempla la provisión de suplementos alimenticios y un cuadro básico de medicamentos, así como pláticas de medicina preventiva con el fin de informar, y si es el caso, canalizar a la población expuesta a riesgos de enfermedades como la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas (IRA), los cuadros diarreicos, el paludismo, el dengue, el cáncer cérvico uterino, diabetes, hipertensión arterial, entre otras.

Otros servicios son fortalecidos y complementados por los que otorgan programas como el de Atención Médica Especializada a la Comunidad, Cirugía Extramuros, Encuentros Médico-quirúrgicos, brigadas médicas especializadas o la red de hospitales.

³⁴ "Seguro Popular. Siete perspectivas", *Salud Pública de México*, marzo-abril, México, 2005. Fragmento de la entrevista con Rogelio Gómez, coordinador nacional del programa Oportunidades 2001-2006, p. 167.

El Seguro Popular de Salud

En 2001 comienza la operación de un programa piloto que intenta dar respuesta a la falta de protección financiera de familias no aseguradas por el Sistema de Seguridad Social del sector laboral formal. El Seguro Popular comenzó a operar en cinco entidades federativas, para luego extenderse a 21 entidades, hasta concluir con esta etapa piloto a finales de 2003. Para 2004 entra en vigor la reforma de ley por la que el Seguro Popular comienza a operar, conformándose como el tercer componente del sistema público de aseguramiento en salud, que desde entonces se sustenta en tres tipos de seguros (públicos), que se basan en el mismo modelo de financiamiento tripartita, y con base en la figura de prepago como se muestra en el Cuadro 4.

Así, el Seguro Popular de Salud (SPS) tiene como principal finalidad la reducción de la brecha en el acceso a los servicios de salud desde la óptica de la protección financiera, teniendo como principales objetivos:

- a) La distribución equitativa entre toda la población del gasto en salud.
- b) El derecho constitucional a la protección de la salud.
- c) La atención a la población excluida de las instituciones de salud.
- d) La meta de la universalidad de la protección social.
- e) La descentralización de los gastos en salud.
- f) El financiamiento de la salud con recursos de sector privado.³⁵

³⁵ *Programa Seguro Popular*, documento de trabajo, CESOP, 2005.

Cuadro 4
Arquitectura financiera del sector salud mexicano
(a partir de 2004)

<i>Seguros públicos</i>	<i>Aportadores financieros</i>
El Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS que protege a los asalariados del sector privado de la economía formal y a sus familiares	Obrero Patrón Estado nacional (cuota social)
El Seguro Médico del ISSSTE que protege a los asalariados del sector público de la economía formal	Empleado Gobierno federal Estado nacional (cuota social)
El Seguro Popular, que protege a las personas que se encuentran fuera del mercado laboral y a los trabajadores no asalariados.	Familia (decil de ingreso) Gobiernos federal/estatal Estado nacional (cuota social)

Cuadro tomado de: Gómez y Ortiz.³⁶

De acuerdo con el ex secretario de Salud, Julio Frenk, uno de los argumentos más poderosos que fueron presentados tanto en el legislativo como en el ejecutivo³⁷ para la aprobación de dicho programa, es que en México se estaba invirtiendo dos veces más recursos públicos en un derechohabiente de la seguridad social que en un no derechohabiente: “Lo que estamos diciendo con nuestra conducta es que en este país valoramos la vida de la gente de manera diferencial, según su posición laboral”.³⁸ Desde este ángulo, el argumento parece evidenciar la violación al artículo 4º constitucional y al artículo 12 del pacto de los países miembros de la ONU antes citado y rectificar esta violación de derechos.

El sps se aprueba y se establece como un instrumento de transferencia de subsidios a través de un paquete de servicios médicos³⁹ que pretende proteger a la población altamente suscep-

tible de tener gastos catastróficos en salud. Supone la reducción de los gastos de bolsillo en salud⁴⁰ por medio de una figura financiera de prepago con cuotas anuales que corresponden a los deciles de ingreso de las familias afiliadas, y que van de 10 539.66 en el décimo decil, a 661.33 pesos en el tercero, considerando que los dos primeros deciles, que corresponden a las familias más pobres, están exentas de pago.⁴¹ Estas excepciones son determinadas, desde entonces, por los padrones de los programas sociales de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), es decir, bajo los criterios de medición de la pobreza que ha establecido la propia institución.

Con la operación del Seguro Popular, las asignaciones presupuestales tanto a nivel federal como estatal, dependerán de otros criterios administrati-

³⁶ “Seguro Popular. Siete perspectivas...”, *op. cit.*

³⁷ Se aprueba en noviembre de 2003 con una mayoría de votos en el Senado del 92% y con 73% en la Cámara de Diputados.

³⁸ Entrevista a Julio Frenk (fragm.), *Salud Pública...*, *op. cit.*

³⁹ Este paquete contempla 29 intervenciones quirúrgicas, 9 condiciones de hospitali-

zación, 6 para servicios de urgencias, 6 de traumatología, 2 de rehabilitación, 5 de atención prenatal y neonatal, 25 de atención ambulatoria, 3 de atención dental y 9 de servicios preventivos.

⁴⁰ El gasto de bolsillo en salud está acotado al gasto realizado por una familia por concepto de consultas médicas y compra de medicamentos y/o suministros médicos.

⁴¹ Cuotas vigentes a diciembre de 2006. En: http://www.seguro-popular.gob.mx/contenido.php?sccsgd_id=42

vos que en gran medida serán incentivados a partir de la eficacia con la que cada entidad opere el programa. Ahora los criterios distributivos serán a partir de la fórmula “a mayor número de familias afiliadas, mayor presupuesto”.⁴² Sin embargo, para el mismo periodo de gobierno, el gasto público en salud se redujo, dejando su proporción en relación al PIB muy por debajo de la recomendación de la OMS.

En la siguiente y última parte de este documento, se repasan algunos de los principales argumentos del debate nacional que ha suscitado la operación de ambos programas.

Aportes para el medio rural

“Claro, los pobres se enferman más y de cosas más prevenibles que los ricos, pero finalmente todos nos enfermamos de algo y todos nos morimos...”

Julio Frenk (*frag. entrevista*).⁴³

En el medio rural de México hay una crisis económica generalizada así como una creciente conflictividad social y política, sobre todo en regiones del sur y sureste del país, con problemas de marginación mucho más evidentes en los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz.⁴⁴ Ya se ha mostrado que existe una inequidad en la distribución del presupuesto en salud respecto a las entidades. Entre ellas, destaco en este texto las que han tenido históricamente un eviden-

⁴² *Salud Pública de México, op. cit.*

⁴³ *Idem.*

⁴⁴ De acuerdo con el índice de marginación (Conapo, 2000).

te nivel de pobreza y marginación que pueden medirse a partir de la falta o limitación en el acceso de servicios de salud, niveles de alfabetización, vivienda y otros servicios básicos, abasto de agua, ingresos económicos (por debajo de los tres primeros deciles de ingreso), situación epidemiológica y tasas (altas) de mortalidad materno-infantil.⁴⁵

La población que habita en este tipo de áreas geográfico-sociales ha optado, de manera creciente, por migrar a otros lugares donde existen más posibilidades de crecimiento económico y mayor accesibilidad a los servicios básicos. Estudios recientes han demostrado cómo el campo mexicano ha dejado de ser una opción para el crecimiento económico de las familias, conservándose en el mejor de los casos como una forma de producción de autoconsumo, sobre todo si nos referimos a los cultivos de maíz, café y de traspatios.⁴⁶

La economía mixta de las familias en las áreas más pobres de México no depende del sector laboral formal, sino de un conjunto de alternativas de manufactura y producción doméstica, de trabajo por jornales (ya sea dentro de las regiones de origen, en otros estados o incluso fuera del país), y de la comercialización a baja escala de productos provenientes, fundamentalmente, del sector primario.

⁴⁵ La mortalidad materna e infantil es un indicador bastante importante para la medición de la pobreza utilizado desde hace varias décadas por organismos internacionales como la OMS.

⁴⁶ Soledad González Montes, “El género y otras dimensiones de la inequidad en la salud de la población rural: algunas contribuciones, indicios y ausencias en estudios recientes”, en P. Sesia y E. Zapata (coords.), *Los actores sociales frente al desarrollo rural*, t. V, AMER/Conacyt, México, 2005.

Entre los sectores productivos con menos posibilidades de desarrollo económico está la agricultura y la pesca, debido a la competencia dentro del libre mercado, donde los pequeños productores compiten con las grandes empresas exportadoras de Asia y América del Norte, aun en los circuitos mercantiles locales. Las condiciones de vida de la población dedicada a estas labores son precarias y sin ninguna expectativa de que puedan mejorar en el corto o largo plazo. Por ello, la población que ha tendido de manera creciente a ser fluctuante en el ámbito rural (emigrantes), ha optado cada vez más por la generación de recursos económicos en otros lugares fuera de su región, estado e incluso país.

En este contexto, los servicios de salud en las regiones rurales padecen limitaciones de personal e insumos médicos, falta de equipo y poca calidad en la atención, además de redes de apoyo comunitarias e institucionales débiles, inconsistentes y/o de poca resolución ante acontecimientos que requieran atención médica de primer, segundo y tercer nivel de atención.⁴⁷ Lavielle, Lara y Díaz mencionan que:

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.⁴⁸

⁴⁷ Graciela Freyermuth hace un análisis al respecto en la Región de Los Altos de Chiapas, donde distingue tres factores de riesgo durante el periodo reproductivo: género, generación y etnia. G. Freyermuth, *Mujeres de humo. Morir en Chenalhó*. CIESAS/ CPMVSR Chiapas/ M.A. Porrúa, México, 2003.

⁴⁸ Lavielle, Lara y Díaz, *Curitas para la salud...*, *op. cit.*

El perfil epidemiológico de estas regiones corresponde al que hace más de 25 años prevalecía en países con niveles de desarrollo medio como México y que en la actualidad ha sido superado. En este caso, enfermedades como la tuberculosis, las infecciosas (entre las que destacan las de tipo respiratorio-agudas y gastrointestinales), el paludismo y la desnutrición, son algunas de las que representan este rezago que se asocia actualmente a países de bajo desarrollo económico y a la población más pobre:

[...] cabe destacar que la falta de salud no es ni causa ni efecto de la pobreza, es un componente más de la misma, un hecho consustancial a ella y un parámetro que, quizás como ningún otro, ayuda a identificarla.⁴⁹

Asimismo, los casos de enfermedades crónico degenerativas como el cáncer cérvico uterino han aumentado de manera creciente en los últimos años.

De la política pública a la realidad empírica

Se ha mostrado que la relación entre el número de usuarios y el presupuesto asignado a las instituciones y entidades es inequitativo. Con ello el problema del acceso en el medio rural pasa necesariamente por la falta de unidades médicas –sobre todo para segundo y tercer nivel– así como por su capacidad de resolución ante eventos médicos de emergencia y en el tratamiento “de especialidad”. En el medio rural el sector público en salud ha dado prioridad tanto a la construc-

⁴⁹ Fuente: <http://www.monografias.com/trabajos12/podes/podes.shtml> (fecha de consulta: diciembre de 2006).

ción de unidades de primer nivel como a la operación de programas de acción de carácter preventivo, sobre los servicios de salud de segundo nivel y de especialidad.

Aunado a esto, en años recientes se ha optado por diseñar y operar políticas públicas que favorecen la “acción comunitaria e individual”, promoviendo el auto cuidado con programas de bajo costo y alta eficiencia como el Oportunidades, que particularmente se extiende hacia la población más pobre y marginada de las zonas rurales. Por otro lado, la figura del prepago del Seguro Popular responde a esta misma lógica de transferencia de responsabilidades “de la institución y Federación a la persona e instancias de gobierno locales”.

El Pronasa 2001- 2006 menciona que:

La intención es solucionar los problemas de déficit presupuestario a costa de la satisfacción de 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 en conjunto con las demás entidades (federalismo cooperativo) mediante los acuerdos de compensación.⁵⁰

De acuerdo con Lavielle, Lara y Díaz, “mientras haya personas excluidas

(contemplando la dimensión integral de la salud del individuo que establece la ONU y el artículo 4º de la Constitución mexicana), 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”.⁵¹ Asimismo, los autores sostienen que este tipo de políticas, en las que se inscribe también Oportunidades, han generado e incidido en los patrones epidemiológicos contemporáneos, los cuales dan cuenta de los rezagos en salud en las áreas más pobres de México. Veamos algunos indicadores.

Según estos mismos autores, en el ámbito rural de México hay retos importantes que persisten desde hace por lo menos dos décadas; uno de ellos es la prevalencia de enfermedades evitables como ya se señaló, y por otro la intensificación de la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas.

La muerte materna representa un indicador de la falta de acceso, recursos y protección en salud de la persona, ya que en su mayoría ocurren cuando aún son evitables dado los avances de la ciencia médica contemporánea. De las registradas en 1999, alrededor de la mitad de éstas ocurrieron en localidades de menos de 15 mil habitantes, de las cuales 20.8% ocurrieron en el hogar y 68% a mujeres sin seguridad social. Freyermuth y Sesia mencionan que:

En nuestros datos resulta que los municipios rurales indígenas, marginados a nivel económico y de infraestructura y aislados a nivel geográfico presentan un riesgo materno de has-

⁵⁰ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006...*, op. cit., p. 140.

⁵¹ Lavielle, Lara y Díaz, *Curitas para la salud...*, op. cit.

ta nueve veces los municipios comunicados, sobre todo si éstos son urbanos.⁵²

Por otra parte, los indicadores de mortalidad infantil son de utilidad para determinar la situación socioeconómica de una población, dado que sus causas guardan una estrecha relación con los niveles de escolaridad de la madre y que implícitamente determina la sobrevivencia de los hijos. La incidencia de casos de infecciones respiratorias y gastrointestinales para 1999, de acuerdo con las estadísticas vitales del INEGI, las colocaron como la primera y segunda causa de mortalidad entre menores de cinco años respectivamente. En ambos casos, los padecimientos son asociados a las condiciones de marginación, insalubridad y niveles de desnutrición que aquejan a esta población en las zonas rurales.

Por su cuenta, más de 25% de los casos de tuberculosis están asociados a la diabetes mellitus, desnutrición, alcoholismo, y VIH/Sida, de acuerdo con los datos ofrecidos por el Pronasa 2001-2006. De nueva cuenta son los estados con mayor índice de marginación los de mayor incidencia. Para 1999, Veracruz y Chiapas, que según la Conapo son de muy alta marginación, son también los de mayor número de casos.

Asimismo el dengue y el paludismo como causas de morbilidad están relacionadas con condiciones de insalubridad y poco acceso a los servicios de salud, siendo Veracruz, Tabasco, Ta-

maulipas, Nuevo León, Chiapas y Oaxaca los que concentran más de la mitad de los casos de dengue del país, mientras Oaxaca es el estado con el mayor número de casos para el paludismo.

Finalmente, el cáncer cérvico uterino está asociado a condiciones de pobreza y marginación ya que las mujeres en áreas rurales e indígenas difícilmente pueden acceder a los mecanismos de detección, canalización y tratamiento de la enfermedad, que en su fase inicial es totalmente curable.

Estas enfermedades, en tanto que indicadores de pobreza y marginación, dan cuenta de los “focos rojos” de la problemática de la desigualdad en el acceso a la salud, en la que se destaca la inequidad en la asignación de presupuestos, desfavoreciendo con ello a la población abierta y a los estados de mayor marginación. El programa Oportunidades claramente incide en las acciones de prevención de estos padecimientos en las zonas rurales.

El Seguro Popular y Oportunidades presentan ya sus primeras intersecciones en el ámbito rural de México arrojando los primeros resultados de la operación conjunta en este tipo de población. Aun cuando no se alcanzan a medir los primeros resultados del Seguro Popular por su corta temporalidad, se ha visto que en el diseño los dos programas son compatibles, ya que el beneficiario de Oportunidades tiene acceso, si se afilia a éste, al Paquete Esencial (básico) de Servicios de Salud que incluye beneficios que también el Seguro Popular ofrece en el Catálogo de Beneficios Médicos (Cabeme).

⁵² Graciela Freyermuth y Paola Sesia, resultados de investigación del proyecto: *Muerte materna en regiones indígenas: Chiapas y Oaxaca*, informe de la tercera etapa, Fondos sectoriales Conacyt/ CIESAS, febrero de 2006.

Durante la fase piloto del Seguro Popular la SSA elaboró una evaluación de un periodo que comprendió del 15 de abril al 15 de octubre de 2002; en ella se observaron varias cuestiones relevantes para la puesta en marcha de este programa en el ámbito federal. Entre otras cosas, los resultados de esta evaluación apuntan que aunque existió claridad en los objetivos por parte de las instituciones de salud participantes, también se presentó confusión respecto a la administración y prestación de los servicios. Desde entonces, el programa se acotó al Cabeme en 2003 y al Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (Cases) en 2004.

Otro aspecto que se detectó en este periodo, fue que pese a que prevalece una insuficiencia de recursos en las instituciones de salud, la afiliación fue de gran alcance, ya que la población objetivo del programa es la que no cuenta con ningún tipo de aseguramiento en salud, población que potencialmente desearía afiliarse al programa dada su vulnerabilidad económica y social. En esta parte de la evaluación se señala que las familias más pobres que no cuentan con protección financiera en salud son las que tienen menor acceso a los servicios, y por tanto, las más susceptibles de incorporarse al Seguro Popular, porque entre otras cosas, el programa ofrece un paquete de intervenciones considerablemente mayor al que ofrece el Oportunidades.

La evaluación evidenció que después del proceso de afiliación de las familias, existió confusión tanto por parte de las instituciones como de los usuarios en el tipo de correspondencias y derechos en cuanto al acceso a los

servicios de salud. Esta problemática atraviesa varios factores, ya que al mismo tiempo que se plantea como un vehículo de financiamiento, el Seguro Popular se “monta” sobre los servicios ya establecidos por las instituciones públicas de salud sin tomar en cuenta de manera sustancial la implicación financiera, administrativa y de capacidades que esto conlleva.

Para el primer trimestre de 2005, 750 mil familias beneficiarias de Oportunidades ya estaban afiliadas al Seguro Popular, y con ello, aparentemente los beneficiarios saltan de 13 a 100 intervenciones médicas. Los resultados son más complejos que este sencillo cambio en el número de intervenciones, porque en algunas comunidades con alto índice de marginación, no existe la capacidad en infraestructura, personal e insumos que puedan sostener las 100 intervenciones a las que tienen derecho los “derechohabientes” del Seguro Popular; de hecho, en el mejor de los casos, sólo se limitan al primer nivel de atención.

Se contempla que las necesidades de atención en este tipo de contextos rebasan las capacidades de las unidades de atención en las que se supone operará el Seguro Popular, ya que en muchas ocasiones ni siquiera tienen los elementos necesarios para proveer las 13 intervenciones que ofrece Oportunidades. Más aún, se tendrá que tomar en cuenta que hay un amplio número de comunidades rurales que no son beneficiadas con Oportunidades, dado su grado de marginación. Desde su origen, Oportunidades (antes Progresá)

[...] opera bajo criterios de cercanía de los servicios de salud, escuelas y

carreteras como determinantes para recibir los beneficios del programa [que] sólo opera en localidades que tienen una escuela a máximo 5 kilómetros de distancia y un centro de salud a máximo 10 kilómetros.⁵³

El reto parece ser el de ampliar la infraestructura para que repercuta favorablemente en las capacidades de atención a las poblaciones de este tipo. Lavielle, Moreno, Garza y Díaz mencionan que es importante tomar en cuenta que existe una deficiencia en infraestructura ya que

[...] los recursos destinados a ello han mostrado una tendencia decreciente a lo largo de los últimos años [factor que contribuye a que exista] una gran disparidad en los estados respecto a la disponibilidad de infraestructura, acusadamente los estados con niveles de marginación muy alto y alto son los más rezagados.⁵⁴

Si tomamos en cuenta que una de las propuestas del Pronasa 2001-2006 es el “federalismo cooperativo”, que busca acciones de cooperación interestatal en casos en los que la entidad de residencia no cuente con la infraestructura, equipamiento y personal necesarios para aquellos que requieran atención de segundo y tercer nivel, la situación se complica ya que no se impulsa el crecimiento de capacidades desde lo local y estatal, sino que se acude a las soluciones que puedan surgir en el momento en el que se presente el evento.

⁵³ Lavielle, Lara y Díaz, *Curitas para la salud...*, *op. cit.*, p. 25.

⁵⁴ B. Lavielle, R. Moreno, M. Garza y D. Díaz, *Gasto en salud: propuestas para la mesa de la Convención Nacional Hacendaria*, Fundar, México, 2004.

Asimismo, la capacidad de atención de los hospitales generales y de especialidad tiene fuertes rezagos en muchos estados del país, sobre todo en los que tienen mayores índices de marginación y pobreza. ¿Qué pasará con las referencias que no se puedan atender en este esquema de cooperación por falta de recursos para el traslado o por la carencia de infraestructura, equipamiento, insumos y personal para su debida atención? Para algunos casos esta situación representará no sólo la pérdida de la salud, sino un riesgo eminente de muerte, como es el caso de una complicación obstétrica de emergencia o un accidente.

Por otro lado, si se requiriera de algún servicio no contemplado en el Cabeme del Seguro Popular, los gastos en salud de las familias afiliadas no serían cubiertos, y esto supondría un gasto de bolsillo por las cuotas de recuperación que establecen las instituciones públicas de salud, incluyendo las que están en la red de hospitales del Cabeme o bien a los servicios del sector privado. El Seguro Popular, por definición, tiene carácter público universal, sin embargo existe un periodo que se ha llamado de transición,⁵⁵ que en el mejor de los casos irá incrementado las capacidades de atención y cobertura, y al mismo tiempo asegurando paulatinamente a toda la población que no es derechohabiente por su condición laboral. Con ello se supone se irán fortaleciendo las formas de financiamiento del propio sistema de salud por las aportaciones que la propia población afiliada haga, en conjunto con el Estado y los gobiernos federal y estatal.

⁵⁵ Este periodo se pensó de siete años.

Pero aquí hay otro punto que se debe tomar en cuenta, si consideramos que las familias más pobres son las que han sido prioritarias en la incorporación al Seguro Popular (entre las que se cuentan las que corresponden a los dos primeros deciles de ingreso y por tanto exentas de pago). ¿Cómo se sostendrá el financiamiento del propio sistema de salud si las aportaciones no son suficientes para fortalecer las capacidades de las instituciones, más aún en las áreas rurales y en los estados de mayor rezago? El comisionado nacional de protección social en salud de la anterior administración mencionó que:

Todas las unidades que presten servicios al Seguro Popular tienen que acreditar su capacidad para ofrecer servicios de calidad, para ofrecer de manera adecuada las intervenciones del paquete. Y en la medida que los recursos del Seguro Popular vayan creciendo se van a ir cubriendo diversas enfermedades denominadas catastróficas.⁵⁶

Revisando un poco esto, se requerirá no sólo de mecanismos para el empadronamiento de los derechohabientes del Seguro Popular (ya que se hará uso de un criterio utilizado por la Sedesol), sino también de mecanismos para la acreditación de las instituciones tanto en el sector privado como público. Esto requiere de recursos económicos y humanos, que por ahora no se han contemplado en la asignación de presupuestos.

En la misma entrevista, el mismo funcionario que trabajó anteriormente en la coordinación nacional del programa

Procampo⁵⁷ menciona que en el caso de Sonora, la operación del Seguro Popular fue exitosa, ya que los beneficiarios de Procampo se incorporaron al Seguro Popular, gracias a los apoyos económicos del primero. Los recursos de Procampo servían para cubrir la cuota inicial del Seguro Popular.⁵⁸

Entonces cabe preguntarse si los incentivos económicos de los programas focalizados, como Oportunidades o Procampo, son empleados para la figura del prepago del Seguro Popular.

El actual secretario de salud, José Ángel Córdova, comentó durante la reunión del Consejo Nacional de Salud que:

[...] dado que la ley no lo prohíbe, una de las principales herramientas en este sexenio para ampliar la cobertura del Seguro Popular será la contratación de servicios médicos privados en las zonas de más alta marginación, donde no existe infraestructura del sector salud, aunque también será necesario dar capacitación a enfermeras y parteras que puedan prestar atención médica a los pacientes.⁵⁹

Por su parte, Julio Frenk, quien fuera secretario de salud en la administración pasada, ya había anunciado esta expansión de capacidades de su financiamiento cuando mencionó en entrevista que el Seguro Popular

[...] financia la contratación de médicos. Estos médicos que no están reservados para los derechohabientes

⁵⁷ El programa Procampo, así como el de Oportunidades, están dirigidos a la población rural básicamente.

⁵⁸ "Seguro Popular. Siete...", *op. cit.*

⁵⁹ *La Jornada*, 15 de diciembre de 2006.

⁵⁶ "Seguro Popular. Siete...", *op. cit.*, p. 595.

del Seguro Popular, sino que vienen a reforzar la capacidad de atención para todo mundo.

Además menciona que se toma en cuenta en “Segundo rubro, el equipamiento [...] y tercero, nuevas instalaciones”.⁶⁰

El actual representante del Sindicato Nacional del Seguro Social ha dicho en diversos medios de información que el IMSS no tiene la capacidad de atención para integrar a los derechohabientes del Seguro Popular:

El IMSS no está en condiciones de formar parte del Seguro Popular porque está saturado en sus servicios e incluso existen rezagos en infraestructura y personal [...] no se permitirá que las unidades médicas del IMSS sean abiertas a personas que no son derechohabientes del Instituto con el pretexto de la universalización de los servicios de salud.⁶¹

Este argumento se refuerza con los datos arrojados desde el Diagnóstico de 1995 de dicha institución, los cuáles indican los problemas por los que se han sobrecargado las finanzas del instituto.

Conclusiones

La desigualdad en el acceso a los servicios de salud representa uno de los más complejos problemas para el país, ya que implica múltiples factores de carácter estructural e histórico. Existen varios puntos de partida para el análisis de la desigualdad en el acceso a la salud y para el medio rural.

Por una parte está la desigualdad vista desde el sistema de salud que contempla dos puntos fundamentalmente, a partir de la insuficiencia de servicios en: *a)* infraestructura, personal e insumos y *b)* presupuesto. El problema de la segmentación atraviesa también por el carácter dual de la atención médica del sistema, debido a que se toma en cuenta para la atención médica a dos tipos de usuarios: la población *derechoahabiente* de las instituciones de salud para trabajadores del sector formal, y la población abierta que contempla a toda la que se encuentra sin este derecho laboral. El acceso es pues un derecho determinado por la condición laboral de las familias, principio que se opone al derecho universal a la protección en salud que establece la Constitución y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas.

Así, la salud pública de México tiene como principal debilidad la de carácter estructural. Los principios de accesibilidad, universalidad, equidad, gratuidad e igualdad de los servicios—que por ley se estipulan para toda la población—están siendo limitados por las características del propio sistema. Los esfuerzos políticos y sociales realizados en años precedentes y a la fecha, han intentado atenuar la desigualdad *de origen*; sin embargo, las medidas tomadas han sido, en palabras de Lavielle, Lara y Díaz, “curitas para la salud”, ya que el abastecimiento de los servicios se funda en el principio de la inequidad en el acceso y financiamiento.⁶²

⁶⁰ “Seguro Popular. Siete...”, *op. cit.*

⁶¹ *El Universal*, 12 de diciembre de 2006.

⁶² Lavielle, Lara y Díaz, *Curitas para la salud...*, *op. cit.*

Existe por otro lado, la desigualdad desde la perspectiva social y económica, que toma en cuenta el análisis de la pobreza y la exclusión social, donde un amplio sector de la población está sujeto a las condiciones que los hace ser económicamente vulnerables por factores que van más allá de su persona, familia, comunidad, región, estado e incluso país. Entre los resultados de la reproducción de la pobreza, está la deplorable calidad de vida que no permite el desarrollo pleno del capital humano, dejando a más de la mitad de la población en estas condiciones de limitación en el acceso a los bienes y servicios básicos.

Como se revisó a lo largo del texto, la pobreza se ha reproducido históricamente casi en todas las regiones rurales del país, sobre todo en el sur y sureste, provocando así la emigración masiva a centros urbanos locales, nacionales, e internacionales, en busca de mejores condiciones y oportunidades de desarrollo económico y social. Ahora bien, si la pobreza representa una problemática compleja, a esto se suma que casi siempre está acompa-

ñada de altos índices de marginación, (característica histórica de numerosas zonas rurales).

La marginación es un “fenómeno estructural múltiple que valora dimensiones, formas e intensidades de exclusión en el proceso de desarrollo y disfrute de sus beneficios”,⁶³ así que se mide a partir de factores como localidades dispersas de menos de 5 mil habitantes, altos índices de analfabetismo y deserción escolar, viviendas sin agua y sin energía eléctrica, piso de tierra, sin drenaje y de bajos ingresos económicos. Este tipo de panoramas encuentran su mayor expresión en las regiones rurales, donde además se observa una ausencia bastante generalizada de servicios básicos de salud, constituyéndose como *focos rojos* en la atención, considerando el artículo 25 de la Ley General de Salud que establece que los servicios públicos a la población en general se prestarán a los habitantes que requieran, garantizando “la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables”.

⁶³ Concepto retomado de Conapo, *Concepto y dimensiones de la marginación*, México, 2000.

Centro de Estudios



Sociales y de Opinión Pública