



# El Colegio de la Frontera Sur

## El Presupuesto del Sistema Social en Salud (SPSS) en el estado de Chiapas desde el enfoque de género

TESIS

presentada como requisito parcial para optar al grado de  
Maestra en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural

por

Magdalena del Carmen Morales Domínguez

2010

## **CAPÍTULO 1**

### **RESUMEN**

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1.- Objetivos.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2.- Hipótesis .....</b>	<b>12</b>
<b>1.3.- Metodología.....</b>	<b>12</b>
1.3.1.- Definición del método.....	15
1.3.2.- Plan de análisis.....	16

## **CAPÍTULO 2**

<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1.- Presupuesto .....</b>	<b>18</b>
2.1.1.- Supuestos de los Presupuestos Públicos Pro Equidad de Género.....	19
2.1.2.- Presupuesto y transversalidad de género.....	19
<b>2.2.- Políticas de salud y rendición de cuentas .....</b>	<b>21</b>
2.2.1.- Rendición de cuentas.....	23
<b>2.3.- Políticas Públicas de Salud y Género .....</b>	<b>24</b>
2.3.1.- Salud y género.....	27
2.3.1.1.- Salud.....	28
2.3.1.2.- Inequidad en salud.....	30
2.3.1.3.- Inequidades de género .....	30
<b>2.4.- Enfoque de género.....</b>	<b>32</b>
2.4.1.- Enfoque de Mujeres en el Desarrollo .....	33
2.4.2.- Enfoque de Género y Desarrollo.....	35

## **CAPÍTULO 3**

<b>LAS POLÍTICAS DE SALUD.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1.- Escenario de políticas de salud para la población abierta.....</b>	<b>39</b>
<b>3.2.- Las reformas de salud en México.....</b>	<b>40</b>
3.2.1.- Programas de salud para la población abierta.....	42
<b>3.3.- Seguro Popular .....</b>	<b>42</b>

3.3.1.- Cobertura del Seguro Popular .....	43
3.3.2.- Financiamiento del Seguro Popular .....	44
3.3.3.- Cómo opera el Seguro Popular.....	46
3.3.4.- Cambios dentro del Seguro Popular .....	47
3.3.5.- El Seguro Popular en Chiapas .....	48
3.3.6.- Subprogramas de salud pública en el Seguro Popular .....	53
3.3.6.1 Los subprogramas del Seguro Popular con enfoque de género en Chiapas .....	53
<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b>RESULTADOS Y DISCUSION .....</b>	<b>58</b>
<b>4.1 Presupuesto del Seguro Popular en Chiapas.....</b>	<b>58</b>
4.2. Distribución del gasto federal y estatal para el Seguro Popular .....	60
<b>4.3.- Género y Seguro Popular .....</b>	<b>66</b>
4.3.1.- Las diferencias de montos de gasto entre los subprogramas de salud...70	
<b>4.4.- Afiliados al Seguro Popular en Chiapas .....</b>	<b>75</b>
<b>4.5.- Discusión .....</b>	<b>79</b>
<b>CAPÍTULO 5</b>	
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>82</b>
<b>6.-BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>84</b>
<b>7.- ANEXOS .....</b>	<b>91</b>
<b>7.1.- Programas de Salud Pública del Plan Nacional de Desarrollo .....</b>	<b>91</b>
<b>7.2.- Cobertura del Seguro Popular por municipio y región del estado de Chiapas 2009 .....</b>	<b>98</b>

## ***Índice de cuadros y tablas***

Cuadro I.- Cobertura de la población afiliada del Seguro Popular por regiones.....	52
Cuadro II.- Presupuesto social aprobado a nivel nacional y estatal 2007 al 2009	59
Cuadro III.- Presupuesto aprobado en materia de Salud.....	59
Cuadro IV.- Presupuesto aprobado del sistema de protección social (Seguro Popular) .....	60
Cuadro V.- Variaciones de las aportaciones de financiamiento en millones de pesos .....	60
Cuadro VI.- Financiamiento por Familia Ejemplo 2008.....	63
Cuadro VII.- Cuotas familiares captadas 2004-2008.....	65
Cuadro VIII.- Subprogramas relacionados con Género.....	71
Cuadro IX.- Subprogramas relacionados con la Salud Reproductiva.....	72
Cuadro X.- Subprogramas indistintos para hombres y mujeres.....	73
Cuadro XI.- Afiliados del Seguro Popular con y sin Oportunidades.....	78
Cuadro XII.- Grado escolar de los titulares del Seguro Popular.....	78
Cuadro XIII.- Condiciones de piso de los afiliados por año de afiliación.....	79
Cuadro XIV.- Programas de Salud Pública incluidos en el Seguro Popular para Chiapas.....	91
Cuadro XV.- Cobertura de las regiones Centro y Altos.....	98
Cuadro XVI.- Cobertura de las regiones Norte, sierra y selva.....	100

## ***Índice de figuras***

Figura 1.- Mapa del estado de Chiapas por región según el porcentaje de los afiliados al Seguro Popular.....	53
Figura 2.- Variación porcentual de las aportaciones del Seguro Popular en Chiapas .....	61
Figura 3.- Porcentaje de Aportación Federal y Estatal.....	62
Figura 4 Tasa de diabetes mellitus.....	74
Figura 5.- Afiliados al Seguro Popular 2002 al 2009 en Chiapas.....	75
Figura 6.- Pirámide de afiliados al Seguro Popular en el estado de Chiapas.....	76
Figura 7.-Titulares del seguro popular desagregados por sexo.....	77

## RESUMEN

Más de ochocientos millones de mujeres en el mundo carecen de acceso a alimentación adecuada, agua, sanidad, servicios básicos de salud y educación primaria. El objetivo de este trabajo es analizar el presupuesto del Seguro Popular en Chiapas (SPSS) desde el enfoque de género, con la intención de identificar si realmente se está destinando presupuesto de manera diferencial según las necesidades específicas de salud de hombres y mujeres, situándose en el marco de la justicia social de una distribución basada en la necesidad relativa de cada población. La metodología a partir de la cual se analizó la información de las bases de datos del Seguro Popular, fueron en una primera etapa el método de *Trazalíneas* o *Tracer* para establecer rutas de seguimiento (reuniones con personal administrativo, análisis de los contenidos de los subprogramas del Seguro Popular y la elección de sus subprogramas relacionados con Género y Salud; en una segunda etapa y con la intención de analizar la focalización del gasto se utilizaron herramientas de comparación de montos presupuestales propuestas por UNIFEM. Los resultados muestran que no han logrado el nivel de filiación que se habían propuesto para el 2009 (lograron el 63% de toda la población no derechohabiente); comenzaron la filiación por las zonas más urbanizadas y pobladas (contrario a sus objetivos); es un programa que responsabiliza a las mujeres de la filiación por cada familia; no diferencian el costo de aseguramiento por tamaño y tipo de familia; la federación es la que cubre casi en su totalidad las cuotas de filiación en Chiapas. En conclusión, trabajan bajo una lógica mercantilista que choca con el contexto pobre de la región; por lo que su operación presupuestal está en riesgo sin poder operativizar la cultura del prepago como la plantean, distan de lograr una cobertura total y de calidad en salud en la región y hacen un uso enajenado del enfoque de género manejándolo como un simple programa de salud pública, sin tener una estrategia clara de cómo abordar la salud desde dicho enfoque.

**Palabras clave:** Seguro Popular, Políticas de salud, políticas de salud y enfoque de género.

# CAPÍTULO 1

## INTRODUCCIÓN

*Se estima que mil trescientos millones de personas  
–de las cuales 70 por ciento son mujeres– carecen de acceso a  
alimentación adecuada, agua, sanidad, servicios  
básicos de salud y educación primaria.  
UNHCHR (2000)*

La inclusión del análisis de los presupuestos públicos en los estudios de género está relacionada con el interés reciente del movimiento feminista y sectores a favor de la democracia, para incidir tanto en la distribución como en el monitoreo de dichos presupuestos. En el ámbito internacional existen organizaciones como el *Center on Budget and Policy Priorities* (de Estados Unidos y pionero en el campo) y el *The Adva Center, the Bonn International Center for Conversion o Center for Policy Studies* (en Rusia), que se encargan del análisis de las políticas públicas y de los presupuestos. Asimismo, centros de información como *The International Budget Project* y el Instituto Brasileño de Análisis Social y Económico –Organismo No Gubernamental (ONG)–, dedicados al análisis e incidencia política en materia de presupuesto y rendición de cuentas.

Estos análisis de los presupuestos que la sociedad civil (incluidas agrupaciones feministas) ha instrumentado para combatir la corrupción y exigir cuentas claras a los gobiernos, se han convertido en una herramienta idónea para dar seguimiento a los compromisos que aquellos han contraído a nivel internacional en materia de rendición de cuentas y en el logro de la equidad, la de género inclusive. Respecto a esto último, Australia fue el primer país en desarrollar una metodología que permitiera identificar el impacto de las acciones de los gobiernos en mujeres y niñas (Adelstal, 1998). Así, desde 1984, cada dependencia de gobierno realiza una serie de auditorías que analizan el gasto destinado a las mujeres, no solamente aquel etiquetado ex profeso, sino todo el gasto público. Esta acción muestra la voluntad política de un gobierno para con esta causa. A partir de esta experiencia se han sucedido otras como las de Sudáfrica, Filipinas y diversos países

de la Mancomunidad Británica (Budlender, 1999a y 1999b).

El Centro de Análisis e Investigación (FUNDAR), así como investigadores y activistas, en México, realizan acciones de incidencia política a través del análisis de los presupuestos desde una perspectiva de género, en el marco internacional del combate a la corrupción y de la rendición de cuentas. De manera particular, el caso de la salud ha sido un tema central de análisis por su condición fundamental dentro de los derechos humanos universales, amparado por la Constitución Mexicana, y a cuya garantía se debe considerar una asignación presupuestal específica, suficiente, equitativa e identificable (Hofbauer et al., 2002). Esto con la finalidad de reducir la brecha existente entre las condiciones de salud de la población con recursos y la población que carece de ellos.

Dentro de los análisis de presupuesto en salud se encuentra el de la importancia del concepto de *focalización*, ya que éste establece mecanismos idóneos para determinar quiénes tienen derecho a acceder a los servicios básicos de salud que se otorgarán como parte de los subsidios públicos (Candía, 1998: 121).

En México las mujeres, independientemente de su condición económica, tienen fuertes dificultades para atender adecuadamente sus problemas de salud debido a la desigual posición que ocupan por el simple hecho de ser mujeres, lo que genera pocas oportunidades para que ellas cuiden y promuevan su propio bienestar. Esta situación se ha visibilizado al analizar las condiciones de salud desde el enfoque de género. Cabe entonces aclarar que, por enfoque de género se entiende al bagaje teórico que permite analizar el mundo a partir de las posiciones inequitativas de poder que ocupan hombres y mujeres como resultado de su socialización, construcciones simbólicas y recursos a disposición, derivados de lo que se atribuye a las personas a partir de su sexo biológico. Como si de unos lentes se tratase, el enfoque de género permite visibilizar aspectos de la realidad que se pueden tomar como “naturales” pero que no lo son, proponiendo estrategias de transformación para deconstruir las relaciones de los humanos y las humanas (Pérez-López y Sánchez Ramírez, 2009: 3).

Para Franca Basaglia (1986), la razón de esas inequidades radica en que a

las mujeres se les ve como cuerpo-para-otros: se las socializa para trasladar sus necesidades a un segundo plano frente a las de los otros (marido, hijos y familia en general) renunciando, incluso, a atender su propio cuerpo. Las mujeres cuidan a otros pero no a sí mismas. Inclusive en momentos de gran vulnerabilidad, pocas son las que reducen sus jornadas de trabajo o integran un mayor número de cuidados para su persona. Asimismo, las dobles jornadas que acompañan el trabajo remunerado femenino tienen fuertes implicaciones sobre su salud.

Lo anterior no significa que la salud de los varones no se vea afectada por las actividades que realizan, sino que a las mujeres se les atribuyen responsabilidades naturalizadas a partir de su biología reproductiva, que parecen no poder ser delegadas aunque afecten su salud. Se crea una *condición de género*, generalmente subordinada frente a los varones en el desempeño de todas y cada una de sus actividades. Si bien esto varía dependiendo de la situación económica y cultural en la que vivan las mujeres, siendo generalmente las mujeres pobres las que más sufren la desigualdad entre géneros; hasta hoy día no existe ninguna sociedad que trate por igual a varones y mujeres. Las diferencias se establecen desde antes del nacimiento, una vez que se conoce la anatomía genital de la persona y a partir de ello se construyen simbólicamente y materialmente expectativas en torno a la forma en que el nuevo ser (hombre o mujer) deberá desempeñar sus roles de género, según lo que cada cultura identifique como propio para varones y mujeres; añadiendo a las diferencias biológicas entre los sexos, diferenciaciones entre el cuerpo vivido del varón y de la mujer.

Las relaciones de poder dentro de la familia son otro factor que vulnera la salud de las mujeres. Debido a su condición de género, las mujeres ejercen un “no poder” dentro de la familia. El “no poder” significa un tipo de poder “débil” que se tiene en áreas consideradas como poco relevantes socialmente (como por ejemplo, aspectos relacionados con las decisiones sobre la limpieza o la logística cotidiana). El verdadero poder lo tienen detentando los hombres de la familia (maridos, suegros, hijos). Ellos deciden sobre los bienes materiales, simbólicos y sobre los cuerpos de las mujeres de la familia (incluido el de la madre). El poder sobre las mujeres y su cautiverio en la familia gira en torno a su cuerpo, subjetividad, tiempo, espacio y



salud. No son pocas las mujeres que antes de atender su salud tienen que “informar” a su marido sobre sus necesidades médicas para evitar posteriores conflictos, ya sea por haberse ausentado de casa, por gastarse parte del presupuesto familiar o por haber descuidado sus tareas domésticas y de crianza (Pérez-López y Sánchez, 2009).

Y en este contexto ¿qué responsabilidades tiene el Estado? No mencionaremos aquí cada una de ellas, basta recordar que desde la última Cumbre de Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994, México se comprometió a mejorar las condiciones de salud de la población más vulnerable –compuesta, mayormente, por mujeres–, ya que el factor salud es un elemento determinante del estado de desarrollo de una población.

Ahora bien, a estos efectos, es importante retomar el pensamiento de Carmen Valls-Llobet (2006), quien advierte que es necesario dar una atención integral en salud a la población, lo cual implica eliminar las unidades o programas de atención a las mujeres (la mayoría enfocados a sus procesos reproductivos), ya que estos obstaculizan la introducción de una perspectiva de género no sesgada en la atención sanitaria. Por lo tanto, dentro de las instituciones sanitarias, la organización y calidad de los servicios constituye un importante indicador del bienestar y el ejercicio de derechos; además, se convierten en elementos indisolubles en la potenciación de derechos, dignidad, autonomía y poder de las mujeres.

Por otra parte, debe tomarse en cuenta que la salud de las mujeres –y en general de toda la población–, no es un estado natural, sino el resultado de sus condiciones de vida, es decir, de la satisfacción de sus necesidades vitales, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin y del ambiente en que transcurren sus vidas. La incorporación del enfoque de género en el campo de la salud ha permitido visualizar los numerosos sesgos de género tanto en la investigación científica como en la atención sanitaria, dando cuenta de algunos de los determinantes más importantes de las diferencias en la morbilidad y mortalidad por sexo en todos los grupos de edad. A la vez, ha realizado una serie de propuestas para resolverlos, ya que incorporar el enfoque de género en salud es plantear nuevas pautas en el análisis

epidemiológico, en la planeación y en el desarrollo de programas; así como en el diseño de indicadores de monitoreo, evaluación e investigación.

En virtud de lo anterior, esta investigación analizará un aspecto que en las declaraciones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) 1994, se considera fundamental para el empoderamiento femenino y que está íntimamente relacionado con las políticas de salud que se han priorizado en las últimas décadas: la forma en que se da el ejercicio del gasto en salud en los subprogramas destinados a la población más vulnerable en el país. Para esto el caso de Chiapas, se analizarán los presupuestos del Seguro Popular.

De los 32<sup>1</sup> subprogramas que conforman el área de salud pública del Seguro Popular en Chiapas se analizará, concretamente, el presupuesto de 14 de ellos, donde se estima que el enfoque de género y salud cobran una relevancia significativa. Cuatro de estos subprogramas están relacionados con la transversalidad de género y salud: “Una nueva cultura”, “Prevención y atención de la violencia familiar y de género”, “Igualdad de género y salud” y “Vigilancia epidemiológica”. Siete se refieren a la salud reproductiva: “Arranque pareja” (embarazo, parto, puerperio y muerte materna), “Prevención de la mortalidad infantil”, “Cáncer cérvico uterino”, “Cáncer de mama”, “Planificación familiar y anticoncepción”, “Prevención y control de Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras Infecciones de transmisión sexual”, y el programa de “Salud sexual y reproductiva para adolescentes”. Por otra parte, los últimos tres programas están relacionados con el incremento de la edad y los cambios recientes en los estilos de vida de gran parte de la población: “Envejecimiento”, “Diabetes” y “Riesgo cardiovascular”.

En este tenor, el gobierno mexicano ha contraído en las últimas dos décadas una serie de compromisos tendientes a favorecer la condición de las mujeres mexicanas a partir de la firma de acuerdos internacionales (Espinosa y Paz, 2000). A partir de estos acuerdos, desde el Plan de Gobierno de Ernesto Zedillo (1994-2000), se han realizado esfuerzos para mejorar la condición de las mujeres (acceso al trabajo, tecnología, recursos materiales) y su posición (eliminación de las

---

<sup>1</sup> Oficialmente son 31, pero dado que Chiapas es zona endémica de tracoma se incluyó el programa de control y prevención del tracoma, por lo cual se suma 32 subprogramas de salud pública en el Estado.

discriminaciones genéricas, reconocimiento y valoración de sus capacidades). Adscribirse a esos acuerdos generó cambios en la estructura del presupuesto, permitiendo dar seguimiento al uso de los recursos económicos que se destinan a las mujeres.

En el 2001 se fundó el Instituto Nacional de las Mujeres (2001), que tiene como antecedente la Coordinación General de la Comisión Nacional de la Mujer. El Instituto Nacional de las Mujeres, organismo público descentralizado de la administración pública federal y con personalidad jurídica, tiene como objetivo promover y fomentar las condiciones que posibiliten la no discriminación, la igualdad de oportunidades y de trato entre géneros, el ejercicio pleno de todos los derechos de las mujeres y su participación equitativa en la vida política, cultural, económica, y social del país (Ley del Instituto Nacional de las Mujeres, 2001).

En relación con las instituciones del gobierno federal, la Secretaría de Salud (SSA) creó el *enfoque integral de género* con la finalidad de promover acciones que fomenten la equidad de género. Dentro de la estructura orgánica de la SSA se encuentra la Dirección de Salud Reproductiva, que tiene su origen en la Dirección de Planeación Familiar, pero que ha cambiado sus acciones de planificación familiar a salud reproductiva, al menos discursivamente.

Así mismo, en el Plan Nacional de Desarrollo (PND), 2001-2006 se señalaba la necesidad de eliminar todo tipo de desigualdad e inequidad, particularmente de género, en los ámbitos regionales, sociales y culturales. Para lograr esto se creó el programa Mujer y Salud (Promsa), el cual pretendía incorporar la perspectiva de género en todas las políticas de salud y procurar reducir las inequidades de género, que se traducen en riesgos particulares para la salud de hombres, y que ponen en desventaja a las mujeres en el acceso y la utilización de los servicios de salud.

Los presupuestos públicos deben reflejar las políticas que el gobierno adopta para mostrar la situación en la que se encuentra la sociedad. Por ello, es fundamental analizar la situación y las condiciones de género que prevalecen en los distintos sectores (salud, educación, política, economía, entre otros); así como realizar un diagnóstico situacional y análisis conceptual de los subprogramas, con el

objetivo de determinar cómo afecta la focalización de los recursos y su regionalización a hombres y mujeres; es decir, cómo la construcción, los lineamientos y los criterios de un programa determinan la posibilidad de acceso de distintos grupos a las políticas públicas.

Es importante analizar el Seguro Popular desde las fallas en la política pública en salud, la participación social y los factores socioculturales para darle un sentido, de acuerdo a las características de cada contexto (Kauffer, 2004). Sin embargo, la forma en la que el Seguro Popular presenta el presupuesto, de manera poco desglosada, dificulta el acceso a su información financiera; incumpliendo con ello la ley de transparencia de la que tanto se jacta el actual Estado Mexicano. Lo anterior y tomando en cuenta nuestro interés particular en la perspectiva de género, propondremos estrategias metodológicas para el análisis de la focalización del gasto en materia de salud desde las iniciativas de transversalidad de género y presupuestos con equidad.

## **1.1.- Objetivos**

### *General*

Analizar si el presupuesto del seguro popular en el estado de Chiapas está diseñado desde el enfoque de género.

### *Específicos*

- Analizar la focalización del gasto de 14 subprogramas del Seguro Popular, con la finalidad de visibilizar prioridades de atención desde el enfoque de género.
- Analizar el cumplimiento de los objetivos del Seguro Popular en Chiapas (Cobertura, cultura de prepago, evitar el empobrecimiento por enfermedad).
- Identificar los criterios a partir de los cuales trabaja el Seguro Popular en el estado de Chiapas.

## **1.2.- Hipótesis**

El Seguro Popular está operando de manera reduccionista al no trabajar desde el enfoque de género, es decir, tomando en cuenta las necesidades específicas de varones y mujeres. Por tanto, no favorece la equidad en materia de salud entre los sexos, manteniendo con esto desigualdades innecesarias, evitables e injustas, como han denunciado ya la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Con ello se contradice, además, el compromiso constitucional del Estado Mexicano respecto a la universalidad de los servicios de salud.

## **1.3.- Metodología**

La metodología seguida para el análisis de la distribución de los presupuestos desde la perspectiva de género, se construyó de acuerdo a la disponibilidad de la información y haciendo uso de diferentes técnicas de investigación, como se describe más adelante. El panorama, en cifras, del que se parte para proponer dicha metodología se describe a continuación.

En Chiapas, se cuenta con menos de un médico por 1000 habitantes, siendo la cifra más baja de todo el país. Se acepta oficialmente la falta de acceso de más de un millón de chiapanecos a los centros de salud (cerca del 25 por ciento de los habitantes de todo el estado), en su mayoría indígenas (CDI, 2000; CIEPAC, 2001; El Universal, 2007).

Se sabe que las enfermedades infecciosas ocupan 8 de las 10 causas principales de enfermedad. Las respiratorias representan un 59 por ciento, seguidas de las intestinales (causadas por la falta de agua potable y drenaje) que representan el 31 por ciento. Chiapas ocupa el cuarto lugar a nivel nacional de mujeres infectadas con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). También con el incremento constante de emigración en el estado, el riesgo de contagio de VIH se ha incrementado (CIEPAC, 2001; INEGI, 2000; Secretaría de Desarrollo Social del estado de Chiapas, 2003).

Según el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), Chiapas, en 2007, contaba con 176.124 niños desnutridos. En las localidades rurales e indígenas de alto grado de marginación, la tasa de mortalidad infantil es de 75 por cada mil menores, equivalente a los indicadores que se reportan en los países del África Subsahariana. En 2006, de los 132.205 niños y niñas que nacieron en Chiapas, 1.146 no lograron sobrevivir al primer año de vida (INEGI 2005 y Secretaría de Desarrollo Social del Estado de Chiapas, 2007).

La muerte materna afecta principalmente a las mujeres pobres y tiene como causas la deficiencia y la inaccesibilidad a los servicios de salud, la desnutrición, la violencia familiar, así como los embarazos prematuros y no deseados, y los abortos mal atendidos (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; Secretaría de Desarrollo Social del estado de Chiapas, 2007).

La media de mortalidad materna en los países industrializados es de 10 muertes de mujeres por cada 100.000 nacimientos. En nuestro país, 51 mujeres mueren por 100.000 nacimientos, pero en el caso particular de Chiapas, 117 mujeres mueren por cada 100.000 nacimientos, ocupando así el tercer lugar en el ámbito nacional con esta triste problemática (Secretaría de Desarrollo Social del Estado de

Chiapas 2003; Secretaría de Salud 2003). De las 9 regiones geográficas que componen el estado de Chiapas, registraron un mayor número de casos de muerte materna durante el período 1999 a 2002: en las regiones Selva y Altos, zonas mayoritariamente indígenas (CIEPAC 2001; Comunicación e Información de la Mujer A.C. –CIMAC– 2003, 2004, 2008).

Por otro lado, en cada uno de los 118 municipios con los que cuenta el estado de Chiapas, se registra en mayor o menor porcentaje población indígena. Sin embargo, sólo 58 municipios son considerados indígenas, tomando en cuenta el rango de 30 por ciento y más de hablantes de lengua. De acuerdo con los datos oficiales del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2005), la tasa de crecimiento anual de la población indígena en el estado, entre 1970 y 1990, fue de 4.6 por ciento, y entre 1990 y 1995, de 1.26 por ciento. A nivel nacional, la tasa de crecimiento, en 1990, fue de 2.6 por ciento, mientras que para el 2007 es de 2.22 por ciento.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2005, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el estado de Chiapas tenía una población de 4,293,459 habitantes, de los cuales el 49% eran hombres y 51% mujeres. Su posición en la clasificación nacional de acuerdo al Índice de Desarrollo Humano se ha mantenido en el lugar 32 (entidad con menor IDH) en los años 2000 y 2005. Con respecto al Índice de Desarrollo relativo con respecto al Género (IDG) que incorpora la pérdida en desarrollo humano atribuible a las desigualdades de hombres y mujeres, en el 2005 se observa que la entidad registra un IDG menor que el obtenido a nivel nacional. Tenejapa (0.97) fue el municipio con menor pérdida en IDG, mientras que Santiago el Pinar (6.12) registró las mayores pérdidas. Esta condición puede observarse también en los indicadores de participación política, laboral, y económica, los cuales sitúan a las mujeres del estado en las condiciones menos favorables de todo el país (PNUD-México, 2009: 84).

Con base en lo anterior, se puede decir que la problemática de salud en Chiapas es amplia y diversa. Para el caso particular del Seguro Popular habrá que analizar cómo se da la distribución del presupuesto, cómo se etiqueta y en qué está enfocado, con

la finalidad de que se propongan otras estrategias de manejo de los recursos como una medida más para el mejor funcionamiento de la salud pública en Chiapas.

### **1.3.1.- Definición del método**

En una primera etapa –y a fin de elegir adecuadamente los subprogramas de Salud Pública del Seguro Popular que permitieran analizar la focalización del gasto con perspectiva de género–, se utilizó la metodología del trazalíneas –tracer–. “Tracer” es un método de evaluación en el cual los topógrafos seleccionan a un residente (reuniones con personales administrativos del Seguro Popular y de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas), a un paciente (análisis de los contenidos de los programas del Seguro Popular) y un expediente del individuo (elección de los programas relacionados con salud y género para su análisis) (Kessney 1973, citado por Willy, 1995).

Siguiendo el método mencionado, encontramos cuatro subprogramas de Salud Pública del Seguro Popular que están relacionados con la transversalidad de género y salud: “Una nueva cultura”, “Prevención y atención de la violencia familiar y de género”, “Igualdad de género y salud” y “Vigilancia epidemiológica”. Siete se refieren a la salud reproductiva: “Arranque parejo” (embarazo, parto, puerperio y muerte materna), “Prevención de la mortalidad infantil”, “Cáncer cérvico uterino”, “Cáncer de mama”, “Planificación familiar y anticoncepción”, “Prevención y control de Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras Infecciones de transmisión sexual”, y el programa de “Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes”. Por otra parte, los últimos tres programas están relacionados con el incremento de la edad y los cambios recientes en los estilos de vida de gran parte de la población: “Envejecimiento”, “Diabetes” y “Riesgo cardiovascular”.

En una segunda etapa –y con la finalidad de analizar la focalización del gasto– se utilizaron dos herramientas metodológicas propuestas por el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM, 2000), a saber: 1) el análisis de la incidencia del gasto público. Este, considera evaluar las incidencias del gasto a nivel nacional y estatal, respecto a los diferentes rubros para el sector salud en relación al Producto Interno Bruto (PIB). Así, como, permite analizar los diferentes montos



presupuestarios de los subprogramas de salud pública.

### 1.3.2.- Plan de análisis

A continuación se describirá los pasos que se van a seguir en esta investigación

**PASO #1:** Clasificación general del presupuesto.

A continuación se describirá el proceso en el que se analizará la información disponible:

**Asignación:** 2007 al 2009.

**Utilizado:** INPC (Índice Nacional de Precios al Consumidor) para deflactar los montos de cada año.

a) Análisis y comparación de los diferentes montos, para tener una idea general del presupuesto en salud y, principalmente, del Seguro Popular. También se realizó la misma comparación con el PIB.

<b>Ámbito</b>	<b>Gasto Social</b>	<b>Gasto en salud</b>	<b>Gasto del Seguro Popular</b>
<b>Nacional</b>	Monto presupuestario	Monto presupuestario	Monto presupuestario
<b>Estatal</b>	Monto presupuestario	Monto presupuestario	Monto presupuestario

b) Clasificación proporcional de cada subprograma de salud pública

El objetivo es visualizar en la totalidad del plan-presupuesto, la cantidad de acciones estratégicas y la asignación presupuestaria de cada subprograma, para evidenciar la importancia relativa que tienen en el cumplimiento de las políticas de salud pública, habiendo seleccionado propiamente los subprogramas sensibles a analizar con enfoque de género con el método de “tracer”.

<b>Programas</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Monto total asignado</b>		
		<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>
Programa #1				
Programa #2...		Monto asignado para cubrir el pago de salarios, pagos e incentivos a funcionarios de cargos fijos y con relación laboral de corto plazo, con este rubro se da como asignación al proyecto con personal fijo y permanente.		

De la asignación anterior se pueden realizar una serie de deducciones e inferencias sobre lo que ha sido asignado a partir del monto designado para cumplir los objetivos.

De esta descripción inicial se desprenden cuántos programas estratégicos están siendo presupuestados y el monto para cada uno de ellos. Con esta información nos aproximamos a las metas más importantes y hacia dónde va dirigida la mayor proporción del presupuesto.

c) Proceso de deducción e inferencia de análisis de género, a partir de los gastos asignados para lograr las metas.

Éste es un paso esencial ya que nos conduce a conclusiones generales; primero deduciendo lo que resultó de la aplicación y luego infiriendo aspectos intrínsecos que no son visibles pero que salen a la luz después de un análisis de género, siendo el principal de ellos la estimación de cuántos beneficiarios/as hombres y mujeres son tomados en cuenta para otorgar el presupuesto de cada meta estratégica.

En suma la tesis se estructura en tres capítulos claves, el primero presenta los conceptos teóricos para analizar el presupuesto desde el enfoque de género en el Seguro Popular; el segundo describe los antecedentes de las políticas de salud en México, hasta llegar al Seguro Popular; y finalmente el tercero da a conocer los resultados, los cuales hacen visible la endeble presencia del enfoque de género en el Seguro Popular y las evidencias -como la distribución de los recursos al interior de los subprogramas seleccionados, el porcentaje alcanzado de afiliados, etc.- que muestran la contradicción entre focalización versus universalidad del acceso a la salud para todos y todas en el presente milenio en Chiapas.

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO TEÓRICO**

Este apartado presenta los conceptos teóricos que ayudarán a entender la relación del presupuesto desde el enfoque de género en las políticas de salud pública, en particular en el Programa de Seguro Popular. De esta manera explicaremos qué es el presupuesto, qué es una política pública y qué implica la rendición de cuentas, y lo que significa todo esto a la luz del enfoque de género.

#### ***2.1.- Presupuesto***

El presupuesto es el instrumento de política pública más importante en México. Dice Diego Valadés que “El presupuesto es la clave del poder; es la traducción cuantitativa de las políticas públicas (2004:1)”. Es por ello que los actores políticos tienen que buscar herramientas legales para defender el poder de decisión y el poder presupuestal como instrumento de política pública.

Así, el presupuesto es un elemento de planificación y control expresado en términos económicos financieros dentro del marco de un plan estratégico, en este caso se trata del plan estratégico que tiene el Seguro Popular. Por tanto, el presupuesto es un instrumento o herramienta que integra diferentes áreas del Seguro Popular (programas y proyectos) establecidos para su cumplimiento en términos de una estructura claramente definidos para este proceso (Martínez, 2007). No obstante, los presupuestos no son un mecanismo imparcial, y es relativamente reciente la incursión de los presupuestos sensibles al género en México.

El presupuesto constituye una poderosa herramienta de programación económica y social, ya que determina el nivel del gasto público y su asignación. De hecho, puede haber desequilibrios transitorios si están justificados en la consecución de los objetivos propuestos; pero el presupuesto, junto a la ley impositiva que lo complementa, incidirá finalmente en forma decisiva en la actividad económica, el crecimiento y la distribución del ingreso, determinando con ello la calidad de vida de las personas.

### **2.1.1.- Supuestos de los Presupuestos Públicos Pro Equidad de Género**

Los presupuestos públicos (ingresos y egresos) no son neutrales al género, aún cuando el beneficio que otorgan debería ser de forma equitativa; ya que tienen un impacto diferenciado sobre hombres y mujeres, considerando como punto de partida las diferentes necesidades, privilegios, derechos y obligaciones que las mujeres y los hombres tienen en la sociedad.

La concepción equivocada que se tiene del presupuesto con el enfoque de género se reduce al hecho de dotarle 50 por ciento del gasto social a hombres y 50 por ciento a mujeres; a diferencia de la propuesta que consiste en otorgar el presupuesto de la manera más equitativa posible, tomando en cuenta el sexo, la edad, la etnia, la clase social y las necesidades diferenciales de atención entre hombres y mujeres. En otras palabras, se debería de analizar a profundidad las especificidades sobre la distribución del “dinero” antes de ser otorgado y ejercido.

### **2.1.2.- Presupuesto y transversalidad de género**

Una forma de abordar la problemática de la falta de cumplimiento de políticas de salud, es a través del *mainstreaming* y el presupuesto de género. El *mainstreaming* de género (MG), traducido al castellano con el término de ‘transversalidad’, está presente en el lenguaje de las políticas públicas de igualdad a escala internacional, particularmente en Europa desde hace más de una década. El concepto tuvo su origen entre las feministas, que se ocupaban de programas de desarrollo, cuando descubrieron que los enfoques y las necesidades de las mujeres no se consideraban para la asignación de recursos debido a que los hombres controlaban los recursos principales y luego asignaban fondos ‘especiales’ para las mujeres; lo que segregaba aún más las necesidades e intereses de las mujeres (Maceira et al., 2007: 11-16). Por tanto, para superar estas barreras, era necesario tocar uno de los elementos más decisivos en el diseño: la implementación y ejecución de las políticas públicas. Es decir, se tenía que incidir en el presupuesto, con el objetivo de erradicar la inequidad entre hombres y mujeres, atendiendo a la particularidad de los contextos de cada región (Tarrés, 2006: 27-112).

Dentro de la transversalidad se debe de tener presente el concepto de focalización, el cual se traduce en una instancia principalmente instrumental y operativa. Expresada esta idea en su definición más simple, puede afirmarse que *focalizar* es establecer mecanismos idóneos para determinar quiénes tienen derecho a acceder a los servicios básicos de salud que se otorgarán como parte de los subsidios públicos (Candia, 1998: 5).

El problema es entonces que los programas focalizados se convierten en medidas paliativas a las verdaderas necesidades de la población que vive en extrema pobreza; y en consecuencia, en países en los que la clase media y alta gozan de gran poder político, como es el caso de México, este tipo de programas podrían contar con un bajo presupuesto y escaso apoyo político (Candia, 1998: 6), imposibilitando la atención real a la salud como derecho humano.

Lo anterior da pie a una discusión que tiene que ver con la relación existente entre lo que los derechos humanos establecen –el derecho universal a la salud, avalado por la Constitución Mexicana y ratificado en conferencias como la del Cairo 1994–, y el principio de focalización, que selecciona por exclusión y que pudiese considerarse como discriminatorio (algunos programas de salud dirigidos exclusivamente a los más pobres, y en el caso del Seguro Popular además con determinadas características). Luego entonces ¿cuál es el objetivo de la focalización? ¿La discriminación mediante la focalización es la respuesta a la imposibilidad de garantizar la universalidad de los principios donde el acceso está regulado por criterios socio-económicos y étnicos? ¿o es que la focalización con cierta tendencia a la privatización –lo cual se ha venido incrementando en México al pasar la Salud Pública de cabezas sociosanitarias a cabezas actuariales y empresariales– contribuye a pervertir definitivamente el fantasmagórico objetivo de universalización?

Este planteamiento de atención a la Salud, tiene a la contradicción como eje rector, ya que al focalizar se responde de manera inmediata (aunque ineficaz como dan cuenta los indicadores de regiones como Chiapas) a problemas que padecen los sectores poblacionales desfavorecidos; se puede decir que se está haciendo “algo”,

pero también focalizar implica hacer una cortina de humo respecto a problemas que están más relacionados con la desigualdad social que con la posibilidad de contar con servicios de atención a la enfermedad, costosos, mercantilizados, insuficientes y deficientes, que no resuelven de raíz, problemas de salud derivados de la pobreza y la falta de prevención sanitaria en los estilos de vida. La contradicción encierra en sí misma su propia trampa, al no universalizarse realmente el acceso a una vida saludable, el sistema que ampara la cortina de humo terminará por sucumbir a su propia patraña; no habrá recursos que alcancen para pagar lo que nos se ha logrado mediante una vida digna libre de pobreza y desigualdad, y en esta urdimbre, el dinero asignado a la atención de la salud y a la rendición de cuentas respecto a lo que se hace, tienen un papel determinante.

## **2.2.- Políticas de salud y rendición de cuentas**

En noviembre de 1997, a través del Presupuesto de Egresos de la Federación, se asignaron mayores recursos a los ayuntamientos a través del Ramo 33.<sup>2</sup> Esto estableció límites a la forma discrecional en la que el gobierno federal imponía el monto de las participaciones y la distribución de los recursos transferidos a los otros órdenes de gobierno. De esta manera, la Ley de Coordinación Fiscal modificada estableció que una parte considerable de los recursos que anteriormente se canalizaban vía del ramo 26 (combate a la pobreza) fuera ejercida directamente por los municipios y en su caso por los estados a través del fondo de aportaciones para la infraestructura social.

Dentro del ramo 33 (Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios) se institucionalizaron conceptos de gasto que estaban dispersos en ramos del presupuesto de egresos. Así, la distribución de los recursos se efectúa desde 1998, de la siguiente manera: 76 por ciento a fondos de aportaciones para la educación básica y normal, 12 por ciento a fondos de aportaciones para los servicios de salud (paquete básico) y 12 por ciento a fondos de aportaciones para la

---

<sup>2</sup> Este ramo transfiere recursos del presupuesto federal a los estados, destinados a la atención de responsabilidades que la Federación había trasladado a éstos con anterioridad por la vía de convenios (educación y salud), así como responsabilidades que los estados asumieron a partir de las reformas a la Ley de Coordinación Fiscal.

infraestructura social.

A pesar de los cambios en la distribución del presupuesto y de los nuevos programas que se han instrumentado para cubrir a la población que no cuenta con seguridad social en México, aún el 57.8 por ciento de la población (57 millones) no cuenta con ningún tipo de seguridad en salud (INEGI, 2000).

Ante este panorama, el gobierno creó en el año 2001 un programa piloto llamado Salud para Todos, que después se denominó Sistema de Protección Social en Salud, comúnmente conocido como *Seguro Popular*, respondiendo a tres objetivos fundamentales<sup>3</sup>: 1) brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social, a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud; 2) crear una cultura de prepago; 3) disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud.

Como se puede apreciar, hay una evidente lógica de preocupación financiera sobre el gasto que genera la salud de las personas y no una lógica de seguridad social.

Para el 2003 se publicaron los cambios a la Ley General de Salud (LGS) en el título tercero *bis*: Protección Social a la Salud (Seguro Popular). Ésta entró en vigor en el 2004 “con el propósito de atender las contingencias que ponen en riesgo el patrimonio de los individuos y de las familias, al momento de enfrentar las necesidades de gastos ante un riesgo de salud” (SSA, CNPSS, 2006).

Esta reforma estructural del sistema mexicano de salud fue diseñada para aumentar la protección financiera, ofreciendo un seguro de salud subsidiado, dirigido a los más de 50 millones de mexicanos que no tienen cobertura de seguridad social, mismos que corresponden a la población más pobre. El núcleo de la reforma creó el nuevo sistema de Protección Social en Salud (SPS) o Seguro Popular (SP), con reconfiguraciones de las fuentes y asignación de los recursos. A través de esta reforma se buscó aumentar la eficiencia y la equidad en el financiamiento, así como la protección de la salud en los hogares. El propósito de este seguro era y es, dar cobertura a todos aquellos ciudadanos que habían quedado excluidos de la

---

<sup>3</sup> Se pretenden analizar en la discusión.

seguridad social convencional (trabajadores/as por cuenta propia, desempleados/as, trabajadores/as del sector informal de la economía y personas que están fuera del mercado laboral). Junto con sus familias, estos grupos representan aproximadamente la mitad de la población.

La pretensión era que el Seguro Popular garantizara el acceso a 100 intervenciones que cubren más de 90 por ciento de las causas de atención ambulatoria y cerca de 70 por ciento de las causas de atención hospitalaria de las instituciones públicas.

### **2.2.1.- Rendición de cuentas**

En sentido estricto, la expresión “rendición de cuentas” se refiere a la “capacidad” o la “posibilidad” de “respuesta” o “confianza” de alguien o algo. Conforme a esta noción minimalista, la rendición de cuentas del gobierno se restringiría a la forma más básica de contabilidad (por ejemplo, el año pasado se construyeron tantos kilómetros de carreteras, se gastó x cantidad de dinero, x número de alumnos asistieron a las escuelas públicas, etc.). Podría requerir también la existencia de alguien que revisara las cuentas; un principio de “exposición mínima”, por así decirlo, pero no mucho más. La transparencia, el castigo, el desempeño, la corrupción, la vigilancia externa, los intereses públicos, el poder y las relaciones mandante-mandatario quedan fuera de esta definición básica del concepto de rendición de cuentas (Ackerman, 2005; Sandoval, 2006).

Un avance importante en México ha sido la promulgación de la ley mexicana de acceso a la información pública, la cual según López (2009), ha funcionado bien en el ámbito federal, resultando en más de 200.000 peticiones entabladas desde el 2003. Los medios de comunicación han jugado un papel clave al fomentar peticiones de libertad de información, empleando la nueva ley para denunciar episodios de corrupción oficial. Sin embargo, a nivel estatal hay poca eficacia en la ejecución de estas leyes ya que no existen sistemas electrónicos establecidos, lo que significa que aquellos que desean hacer una petición, tengan que hacerlo en persona (DeShazo, 2007: 9).

Por su parte, los resultados del *Índice de Percepción de la Corrupción* en



México, efectuado por el organismo de Transparencia Internacional, revelan pocos cambios durante la administración de Fox, con calificaciones de entre 3.5 y 3.6 puntos (en una escala del 1 al 10, siendo 10 la mejor calificación posible). Las encuestas a hogares mexicanos realizadas por Transparencia México durante el mismo período estimaron que la corrupción le cuesta a cada ciudadano mexicano promedio, casi el 8 por ciento de sus ingresos anuales representando un auténtico impuesto (López, 2009: 3).

En los ejercicios de la rendición de cuentas, es importante identificar los mecanismos para poder llevar a cabo dicho objetivo, ya que las experiencias que se han tenido al respecto demuestran que éstos lejos de facilitar, dificultan el acceso a la información porque hay que realizar demasiados trámites burocráticos.

### **2.3.- Políticas Públicas de Salud y Género**

Una de las formas que emplea el Estado para relacionarse con la sociedad, son las políticas públicas. Éstas se definen como las acciones controladas por el aparato estatal que afectan tanto el espacio público como el privado. Su objetivo principal es impulsar el desarrollo y alcanzar mejores niveles de vida para la población en los distintos sectores de una sociedad (Aguilar, 1996).

Las políticas en salud en América Latina y el Caribe, se caracterizan en su discurso por promocionar equidad, cobertura universal, gratuidad, eficiencia y atención primaria regionalizada. Pero la instrumentación de dichas políticas en los sistemas locales de salud requiere un rediseño geográfico-administrativo acorde a la realidad comunitaria y a los recursos disponibles de cada país o estado, según sea el caso, asociados con los requisitos de corresponsabilidad gobierno-comunidad (Maceira *et al.*, 2007: 6). A manera de ejemplo, en México, en el 2005, casi el 70 por ciento de la población no contaba con ningún tipo de seguridad social.

Actualmente, los países de América Latina y el Caribe están apostando a un nuevo modelo de salud que busca maximizar las intervenciones públicas en áreas de atención de costo-efectividad,<sup>4</sup> dado que se asume la limitada capacidad del Estado

---

<sup>4</sup>Hacer más eficiente el sistema de salud con un menor costo y efectividad, es lo que plantea este modelo.

para intervenir en salud, recurriendo así al sector privado de acuerdo con los diferentes ingresos de las familias. Esto sugiere que la desigualdad de muchos sistemas de salud se debe a la focalización del gasto público que beneficia al sector de ingresos medios y altos, a través de la hospitalización de alta complejidad y de subsidios asegurados por otras instituciones, mientras que la población pobre no tiene acceso a los servicios de salud (Maceira *et al.*, 2007: 6).

Maceira menciona que la política pública en salud será satisfactoria sólo si cumple con los requisitos de aumentar el bienestar social: una mejor salud con mayor equidad y al menor costo total. Muchos servicios que aportan a la salud como: las campañas de vacunación, la difusión de información para la prevención de enfermedades, la asistencia sanitaria básica considerada un derecho humano, entre otras, son bienes públicos que el sector privado no proporciona en cantidad suficiente (Maceira *et al.*, 2007). Sin embargo, estos servicios son considerados como una política clave para la reducción de la pobreza. Por ello, el sector privado, al no tener incentivos monetarios, no brinda a la población servicios adecuados, ni suficientes.

Este modelo de sistema de salud propone abordar aquellas intervenciones que, además de ser eficaces en función de costos, representen mayores cargas de morbilidad: asistencia en el embarazo y parto, planificación familiar, lucha contra la tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y enfermedades comunes graves con la finalidad de propiciar la descentralización presupuestaria y lograr reformas en materia de salud, focalizando los financiamientos para los servicios esenciales y accesibles en los centros comunitarios (Maceira *et al.*, 2007: 7). De esta manera se centran en la población de menores recursos aunque con la mirada puesta en la privatización de la salud.

El sistema de mercado, transformado en credo neoliberal, aunque se realiza en el ámbito mercantil, ha modificado la cultura al invadir los sentimientos, las emociones, la política, la estética y la ética de nuestra sociedad. Ha cambiado las formas de valorar, de desear, de amar, de sufrir, de trabajar, de gobernar, de enfermar y de morir. Ha impuesto un nuevo paradigma, donde todo cambia, la historia y la forma de concebir el desarrollo, y las formas de entender la salud

y garantizarla. Como en el modelo actual de la pobreza se feminiza, ya que, son las mujeres quienes viven la cara más amarga de la deshumanización del modelo (Matamala, 1997: 3).

Así, el cuidado de la salud se ha convertido en una mercancía o un bien económico, el lucro como una meta. La privatización de los servicios de salud y la eliminación de programas de salud pública serán finalmente parte de nuevas sociedades donde todas nos veremos forzadas a sufrir sus consecuencias.

En México, se adoptó este modelo con mirada a la privatización de los servicios de salud, con la figura del Seguro Popular de Salud que, a partir de 2004, se estableció como un derecho para todas las personas sin ningún tipo de seguridad social. Esto a pesar de que en nuestro país la salud se encuentra establecida como un derecho desde 1917 en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Mexicanos vigente desde el cinco de febrero de ese año. En tal artículo se lee:

el varón y la mujer son iguales ante la ley (...) esta protegerá la organización y el desarrollo de las familias, (...) toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos (...) toda persona tiene derecho a la protección social en salud (...) La ley definirá las bases y la modalidad para el acceso a los servicios de salud (...)" (Elaborada por El Congreso Constituyente de Querétaro 16-1917).

Con base en lo anterior, la Ley de Salud, en su artículo 2, refiere que toda persona tiene derecho a la protección social en salud con la finalidad de proteger: 1) el bienestar físico y mental del hombre y de la mujer, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; 2) la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; 3) la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social (Ley de Salud, 1984).

Bajo el enfoque de las reformas existentes, los derechos sociales se pueden entender como el criterio fundamental que debería orientar a la política social en la búsqueda de la reducción de contrastes sociales, en el aumento de beneficios en general y la manera en que éstos debieran ser compartidos entre la ciudadanía; en el acceso a la educación y protección de la salud, como parte de las estrategias para

desarrollar el capital humano de una sociedad. En este sentido, la protección social se concibe como parte de un derecho básico de pertenencia a la sociedad, donde debe promoverse la participación e inclusión de toda persona en el disfrute de condiciones de vida acordes con los niveles de progreso y bienestar de una sociedad. Al considerarse como un derecho, deja de ser una simple política, para convertirse en un acuerdo entre la sociedad y el Estado. En otras palabras, la protección social refleja un pacto social que debe ser explícito tanto en la legislación como en las políticas públicas utilizadas para instrumentarla (González, 2007:1).

### **2.3.1.- Salud y género**

En la construcción de políticas públicas es importante considerar las condiciones socioculturales de hombres y mujeres, edificadas a lo largo del tiempo en cada sociedad, independientemente de las diferencias biológicas y físicas que existen entre cada sexo. Con ese fin se comienza a hablar de género como una categoría de análisis, por medio de la cual se ha definido el sistema prevaleciente de papeles sociales, expectativas y estatus de hombres y mujeres dentro de una sociedad o cultura, atribuidos de acuerdo al sexo biológico de las personas (Lamas, 1995). De esta manera, se pone de manifiesto que no se nace niña o niño, sino que la identidad se va construyendo, de acuerdo a lo que culturalmente se le transmite a cada sexo. Así, cada persona desempeña un determinado papel y lugar en el mundo, generalmente de subordinación para las mujeres y de dominación para los hombres.

Es importante diferenciar lo que se entiende por sexo y por género. El primero, hace referencia a la descripción de la diferencia biológica entre hombres y mujeres y no determina necesariamente los comportamientos. El segundo, designa lo que en cada sociedad le atribuye a cada uno de los sexos; se refiere a la construcción social del hecho de ser mujer u hombre, a la interrelación entre ambos y las diferentes relaciones poder-subordinación en que estas interrelaciones se presentan. Las diferencias de sexo estarán dadas, por lo tanto, por los genes, mientras que las de género tendrán que ver con las características aprendidas socialmente. En el ámbito de la salud pública y la epidemiología, la diferenciación entre sexo y género, en muchas ocasiones, es confusa.

Dentro del sector salud, es frecuente encontrar aseveraciones como: la importancia que se otorga a la salud de las mujeres está fuera de lugar, dado que ellas viven más tiempo que los hombres. Sin embargo, las tasas de morbilidad femenina, comparativamente más altas que las masculinas, comprometen seriamente la calidad de vida de las mujeres, no solamente en edad avanzada sino durante todo su ciclo vital. Más aún, las costumbres, las pautas culturales, lo que se conoce como construcciones sociales de género, han relegado a las mujeres a una situación de desventaja y subordinación en términos de acceso y control respecto a los recursos que promueven y protegen la salud.

El interés por la salud de las mujeres ha estado guiado más por la idea de que ellas constituyen un grupo poblacional sinónimo de “madres”, que por la idea de ayudar a las mujeres a vivir vidas más sanas, más productivas y en mejores condiciones para su propio beneficio. Esta concentración en una función y en una etapa de la vida, limita nuestra comprensión de otros aspectos de la salud de las mujeres. Como resultado de esta concentración se ha dado menor atención a la relación entre la salud y el desarrollo humano de mujeres y hombres durante la niñez y las edades medianas y avanzadas.

### **2.3.1.1.- Salud**

El concepto de salud que se ha adoptado a nivel internacional, es la definición clásica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que señala: la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Además, es un derecho humano (OMS, 1946). Así, la salud del ser humano se percibe como el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. Esta definición de salud ha sido discutida ampliamente, porque señala un estado óptimo del ser humano, y llega a ser una definición utópica, inalcanzable y carente de indicadores medibles.

Lo importante es que la salud se puede entender de diversas maneras, ya que se encuentra en un proceso continuo de transformación como un resultado dinámico de la evolución humana. Sayavedra y Flores (1997), mencionan que en América

Latina, hacia la década de los años 70 surge el movimiento de salud popular y medicina social, rompiendo el esquema de salud como algo estático, con lo que se empieza a vislumbrar la salud como un proceso dialéctico e histórico:

...dialéctico, por ser un continuum, en el que la enfermedad y la salud, el desgaste y la reproducción, el deterioro y la sobrevivencia constituyen una unidad de reproducción, una síntesis; histórico, porque se va construyendo en cada una de las personas como seres individuales y como parte de un grupo de una cultura... (Sayavedra, 1997: 82).

Si bien hay factores biológicos que propician la aparición de padecimientos en las personas, también existen otros, como sus condiciones económicas, sociales y culturales que determinan su situación de salud-enfermedad.

Diversos autores en América Latina mencionan la importancia de la salud como un reflejo de las condiciones de los pueblos (Sanginés, 1990; Breilh, 1988; Rojas, 1985). Sin embargo, no consideran las diferentes enfermedades que se dan entre varones y mujeres.

Con esto se sostiene que la desigualdad entre los géneros es uno de los principales obstáculos para que las mujeres gocen del derecho a la salud (Sayavedra, et al., 2000; Nussbaum, 2002). A la vez que siguen siendo las mujeres a quienes se les ha responsabilizado de la salud del entorno familiar y comunitario.

Lo anterior se observa con la parcial preocupación sobre la salud femenina desde los programas de atención que se limitan al periodo de reproducción biológica, restando relevancia a otros aspectos relacionados con la salud integral de las mujeres. Así, las mujeres se convierten en sujetos pasivos medicados, porque acuden a los servicios médicos cuando se presenta la enfermedad –no hay una actitud preventiva frente al cuidado de la salud y consideran que la atención de sus malestares puede incrementarse debido a que hay quehaceres domésticos o comunitarios más urgentes—. De esta manera, es importante hablar de la salud de las mujeres a partir del enfoque de género (Sánchez, 2006: 36).

### **2.3.1.2.- Inequidad en salud**

Para Margaret Whitehead (1991) la equidad se define como la posibilidad de ofrecer, idealmente, a todo el mundo la oportunidad de realizar su máximo potencial. La autora distingue entre las *desigualdades aceptables*; es decir: aquellas que provienen de la libre elección de los individuos; *las injustas e innecesarias*, que resultan de una desigual distribución de los determinantes de salud y escapan, por lo general, al control de los individuos; y *las inevitables* (las cuales son consecuencia de la distribución desigual de ciertos factores, como los genéticos). Para Braveman (1998), al igual que Whitehead, la equidad parte de la justicia social. Entonces la inequidad en salud se basa en las injusticias en salud, y se traduce en las disparidades entre cualquier grupo de población, pero muy específicamente las disparidades entre los grupos categorizados *a priori* según algunas características importantes de acuerdo a su posición social subyacente. Por ejemplo: la ubicación geográfica, la educación, la ocupación.

Zurita *et al.* (2000) mencionan que, históricamente, se han dado algunas inequidades en el gasto en salud *per cápita* (privado y público) en México. Según la institución, las inequidades han sido mayores en los estados con una transición epidemiológica más avanzada (aquellos con mejores indicadores en salud) que en las entidades con rezago extremo. Por ejemplo, en 1995 en el Distrito Federal y Nuevo León el gasto en salud *per cápita* fue mayor a los dos mil pesos; en contraste, en los estados de Guerrero, Chiapas y Oaxaca fue menor a 500 pesos por persona.

### **2.3.1.3.- Inequidades de género**

Las inequidades de género en cuanto al acceso y al control de los recursos inciden en el financiamiento, el acceso y la prestación de la asistencia sanitaria, afectando el estado de salud de hombres y mujeres. Estas inequidades, además, interactúan y se acentúan por otros factores determinantes como la pobreza, la educación y el grupo étnico.

Las inequidades de género afectan el acceso a la atención en salud como puede verse en el hecho de que algunos sistemas financieros de atención a la salud

discriminan a las mujeres debido a su función reproductiva y, a que enferman con mayor frecuencia, por lo que tienden a usar los servicios de salud con mayor frecuencia que los hombres (OPS, 2009). Por supuesto, las mujeres pobres no siempre usan estos servicios, en comparación con los hombres.

Las inequidades de género afectan la distribución del poder y las retribuciones en el trabajo sanitario. Aunque las mujeres representan el 80 por ciento de la fuerza laboral de la asistencia sanitaria, éstas están subrepresentadas en las filas directivas y predominan en los niveles más bajos de ingresos y prestigio. Es más, las mujeres son las principales proveedoras y promotoras de asistencia sanitaria en la familia y la comunidad, donde más del 80 por ciento de esta atención tiene lugar fuera de los servicios oficiales de salud y es principalmente suministrada por el trabajo no reconocido ni remunerado de las mujeres (OPS, 2009).

La Organización Panamericana de la Salud (2009) propone identificar las inequidades de género en salud bajo los siguientes tres tipos:

1. Entre los riesgos de salud y las oportunidades para gozar de salud (estado y determinantes de salud): en parte debido a su función reproductiva, las mujeres enfrentan un conjunto de riesgos de salud diferenciado de los hombres. El menor acceso a la nutrición, la educación, el empleo y los ingresos significa que las mujeres poseen menos oportunidad de gozar de una buena salud.
2. Entre las necesidades de salud y acceso a los recursos: otra vez, en gran parte debido a su función reproductiva, las mujeres tienen diferentes necesidades de salud que los hombres, no obstante, tienen menos oportunidad de acceder a los recursos materiales que les permiten obtener los servicios necesarios.
3. Entre las responsabilidades y poder en el trabajo de salud: las mujeres constituyen la mayoría de los trabajadores de salud con y sin remuneración. No obstante, al estar concentrados en niveles inferiores de la fuerza laboral de salud, tienen menor capacidad de influenciar la política de salud y la toma de decisiones.



De esta manera, las inequidades en salud desde el enfoque de género adoptadas por la OMS y OPS son las “desigualdades innecesarias y evitables y, además (de) injustas” (Gómez, 1993: 2).

#### **2.4.- Enfoque de género**

El enfoque de género es el derivado de los estudios feministas y de mujeres cuyo bajaje teórico permite analizar y desentramar las relaciones entre hombres y mujeres, cuestionando el lugar que dentro de las relaciones de poder ocupan las mujeres en las practicas construidas por determinantes ideológicos, históricos, religiosos, étnicos, económicos y culturales y que impactan de manera diferente a hombres y mujeres (Moser, 1991: 7).

La lógica que subyace al enfoque de género, es la atribución del poder a través de los efectos necesarios para favorecer los procesos de cambio que mejoren satisfactoriamente la posición de las mujeres en la sociedad. En el ámbito de la salud, este enfoque pretende ser un satisfactor de las necesidades humanas fundamentales, puesto que concibe las relaciones del poder-subordinación y la división del trabajo, como una causa de asimetría entre los sexos en el ejercicio del derecho a la salud.

Este enfoque, además, reconoce las condiciones inequitativas en las que las mujeres enfrentan y resuelven sus problemas de salud a lo largo de todo el ciclo vital; principalmente en los contextos de los países en vías de desarrollo. De esta manera,

...son tan complejas las articulaciones entre la desigualdad de género y otras formas de desigualdad social, entre el poder de género y otras relaciones, que cualquier intento de considerar las interrelaciones entre género y salud, requieren de la concreción del contexto espacial, temporal, histórico y sociocultural, y de experiencias subjetivas en que ocurren esas relaciones...(Szasz, 1999:118).

Por lo tanto, el abordaje de género va dirigido a la transformación social y no se limita a incrementar los recursos para las mujeres. En este sentido, las estrategias de las políticas públicas desde el enfoque de género y salud deben de ser una síntesis entre lo observado e interpretado a nivel individual y colectivo, para plantear

modificaciones a la realidad a través de procesos continuos con el fin de detectar y corregir las asimetrías de poder entre los géneros, así como sus efectos adversos o protectores en las personas (Velasco, 2000).

La introducción de las consideraciones de género en el ámbito de la salud, ha logrado en muchas experiencias, visibilizar las formas en que las diferencias biológicas entre los sexos interactúan con las construcciones sociales de la feminidad y la masculinidad para modelar, diferenciadamente, tanto los perfiles de salud de mujeres y de hombres como de su participación en el trabajo dentro del sector salud.

No obstante, el énfasis en lo social del enfoque de género no implica una exclusión de lo biológico. Por el contrario, el centro de interés de un análisis de género en salud, es la interacción entre factores socio-psicológicos y biológicos que crean ventajas o desventajas para hombres y mujeres. Por ello, el enfoque de género está íntimamente relacionado con el concepto de equidad. Esto es, la noción de que cada grupo o población tiene necesidades diferentes que deben ser identificadas y atendidas al diseñar políticas e intervenciones en salud.

#### **2.4.1.- Enfoque de Mujeres en el Desarrollo**

El período de 1976-1985 fue decretado por las Naciones Unidas, como la década para las Mujeres y fue así el preámbulo para visibilizar tanto el papel de las mujeres en el desarrollo económico y social en sus países y comunidades; como la difícil situación económica (bajos ingresos) de la población femenina en el tercer mundo. No obstante, se desarrollaron programas de bienestar centrados en la familia, privilegiando la maternidad como el rol más importante de las mujeres en el proceso de desarrollo, y una diversidad de caminos que enfatizaban el rol reproductivo. Éstos retomaron el enfoque de Mujeres en el Desarrollo (MED), adoptado por la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), con el razonamiento implícito de que las mujeres son un recurso no utilizado que puede proporcionar una contribución económica al desarrollo (Moser, 1991).

Las promotoras del enfoque MED, sostenían que el objetivo del grupo era expresar el interés de aquellas/os que trabajaban en el campo del desarrollo, a

quienes les preocupaba que la discriminación de las mujeres se reprodujera y reforzara a través de los programas de asistencia internacional (Moser, 1991: 23). En un primer momento, las investigaciones mostraban que las mujeres participaban activamente en la producción económica de sus sociedades, especialmente en la agricultura, no obstante que las estadísticas nacionales, la planificación y la ejecución de proyectos de desarrollo no hicieran ninguna referencia de ello. En otro momento, los nuevos proyectos de modernización estaban repercutiendo negativamente en las mujeres al desplazarlas de sus funciones productivas tradicionales, reduciendo sus ingresos, estatus y poder. Esto llevó al grupo MED de Estados Unidos a cuestionar el pre-supuesto de que la modernización implicaba igualdad de género, sosteniendo que el desarrollo capitalista diseñado por el Primer Mundo estaba exacerbando las desigualdades entre hombres y mujeres en el Tercer Mundo (Moser, 1991: 29).

Este grupo buscaba no sólo la reflexión en el plano teórico, sino su aplicabilidad en los proyectos y acciones concretas impulsadas por los países centrales y los organismos internacionales. En 1973, como resultado del trabajo de presión en el Congreso, se aprobó la enmienda Percy a la Ley de Cooperación Externa de Estados Unidos, en la que se afirmaba que la cooperación debía ayudar a *incorporar a la mujer dentro de sus economías nacionales* para mejorar su situación y estimular su incorporación al proceso de desarrollo. Aunque no se reconocía explícitamente la contribución que las mujeres habían hecho y siguen haciendo a las economías nacionales y comunitarias. Sin embargo, el paso era importante porque se establecía claramente que se debieran tomar en consideración las problemáticas concretas de las mujeres en todos los planes y proyectos de cooperación internacional y de ayuda al desarrollo. El grupo MED se incorporó en la Agencia Norteamericana para el Desarrollo Internacional (AID) y aunque no se le dotó de muchos recursos, se oficializó su existencia y se le dio participación en la evaluación de los planes y proyectos para que dictaminara su pertenencia o no a la perspectiva MED (Moser, 1991: 23).

En el campo de la salud el enfoque MED ha retomado criterios asociados con las estrategias del bienestar social, y ha tenido como expresión concreta aquellas

políticas y programas de salud y nutrición de corte asistencialista dirigido a mujeres pobres, tales como la ayuda alimentaria y el bono materno-infantil, entre otros. De tal forma que se manejan tres supuestos: que las mujeres son receptoras pasivas del desarrollo; que la maternidad es la función más importante de las mujeres, y que la crianza y socialización de los hijos, así como el cuidado de los miembros de la familia, es su participación más efectiva en todos los aspectos del desarrollo (De Los Ríos, 1993:8).

#### **2.4.2.- Enfoque de Género y Desarrollo**

La propuesta MED se orientó desde sus inicios a incorporar a las mujeres a las políticas de desarrollo en marcha, buscando introducir medidas correctivas a las desigualdades, pero sin cuestionar el proceso en sí mismo. En la mejor tradición filosófica liberal, sus concepciones se basan en los presupuestos de la igualdad de derechos para todos los ciudadanos, independientemente del sexo, y de la garantía de condiciones materiales mínimas que permita el ejercicio real de esos derechos.

Desde esta perspectiva,

“...asegurar la igualdad entre los sexos como principio realmente operante supone, en última instancia, el acceso de las mujeres al ámbito público, al mercado de trabajo y, en especial, su incorporación a aquellas posiciones prestigiosas que otorguen poder” (Moser, 1991: 53).

Con esto, observamos que se tiende a valorar la dimensión pública de la actividad de los individuos y a subvalorar o no tomar en cuenta en absoluto la dimensión privada; de ahí que desde este enfoque no se reivindicque la actividad doméstica como trabajo, sino que se tienda a rechazarla y desvalorizarla.

Aunque este enfoque permitió que en la década de las noventa se produjeran avances importantes y se logró disminuir la desigualdad entre los sexos en diversos ámbitos de la sociedad, es evidente que aún persisten consideraciones de clara inequidad entre hombres y mujeres. Tales condiciones de inequidad no han podido ser explicadas ni mucho menos eliminadas por el modelo integracionista que inspiró las tesis del desarrollo de la mujer (De los Ríos, 1993: 12).

A consecuencia de los aciertos y desaciertos del MED, se apostó a otra perspectiva teórica de análisis, esta perspectiva conocida como “Género en el Desarrollo” (GED o GAD en inglés, de *Gender and Development*), ésta se presenta como una opción teórica y metodológicamente distinta. Aunque este enfoque sigue en construcción, ha generado ya importantes aportes, debido a que procura incidir en las causas que estructuran la subordinación y que dan origen a un acceso, control y ejercicio inequitativo de los satisfactores de las necesidades humanas fundamentales.

Este enfoque parte de cuestionar y replantear el desarrollo desde una perspectiva de género. Se centra en el análisis de las relaciones que se establecen entre los géneros, pero consideradas como un proceso histórico y dinámico cuya configuración, permanencia y cambio están asociados a premios, sanciones, normas, valores, representaciones y fantasías sobre lo masculino y lo femenino en cada sociedad (Moser, 1995). Ello no es óbice para que se tomen en cuenta la multiplicidad de factores (económicos, políticos, étnicos, religiosos, culturales) que conforman lo social y la necesidad de estudiar el rol que juega el género en esas configuraciones multideterminadas. Por otra parte, se sostiene que la ruptura entre un ámbito público y otro privado debe superarse, ya que la eliminación de las relaciones de dominio/subordinación requiere el cambio simultáneo tanto de los condicionantes económicos y políticos, como de la transformación de los arreglos sociales privados.

Con la incorporación de las mujeres al mercado laboral sin un cuestionamiento profundo de la división sexual del trabajo, sostiene el enfoque GED, las mujeres trasladan su situación de sujetos subordinados en el hogar y en la sociedad al mercado de trabajo: su ingreso al mismo no supone necesariamente una mejora de status, como se planteaba desde MED.

GED se presenta como una perspectiva en construcción, tentativa, dinámica y abierta, movida por la voluntad expresa de construir una sociedad en la que el concepto de desarrollo tenga un significado progresista, igualitario y democrático. Así, de lo que se trata es de construir una sociedad donde hombres y mujeres se relacionen en forma equitativa, para lograr juntos una vida más plena para todos.

Estos nuevos enfoques que han ido permeando a las políticas públicas en las regiones de América, han avanzado en el mejoramiento de diversos indicadores de salud en los últimos decenios. Por ejemplo, y aunque sigan persistiendo aún grandes desigualdades y diferencias entre los países y entre los diversos grupos de población en un mismo país; las perspectivas del milenio, adoptados en el 2000 por acuerdo de 189 países, constituyen un conjunto de objetivos y metas<sup>5</sup> cuantificables dirigidas a combatir la pobreza, hambre, enfermedades, analfabetismo, degradación del medio ambiente y discriminación contra la mujer. Uno de los mecanismos necesarios para alcanzar estos objetivos y metas, son las estrategias de la Atención Primaria de la Salud (APS). Éste pretende crear principios y valores de equidad, solidaridad y justicia social. Así, las relaciones entre la salud y el desarrollo son indiscutibles y se reconoce que la salud es un resultante del proceso social, político, económico y, además, un derecho humano fundamental (Roses, 2007:1).

En resumen, Género en el Desarrollo (GED) es una estrategia adoptada a partir de los años ochenta que busca empoderar a las mujeres y conseguir la equidad entre los seres humanos (considerándola como un derecho de dicha especie), dentro del contexto del desarrollo económico. Así mismo, se busca incidir en el desarrollo de las mujeres y los varones, teniendo en cuenta las relaciones entre ambos sexos. Como ya se explicó, GED surgió tras la estrategia Mujeres en el Desarrollo (MED), que considera a las mujeres como el centro del problema sin visibilizar las relaciones asimétricas de poder entre los géneros.

Para concluir, retomar que en este apartado se abordaron los elementos teóricos para el análisis del presupuesto del Seguro Popular desde el enfoque de género, señalando, en primer lugar, el concepto de presupuesto para insertarlo en el marco de las políticas públicas y por último contextualizarlo en el enfoque de género, con la finalidad de evidenciar que los presupuestos no son neutros y que su etiquetación

---

<sup>5</sup> Meta 1: Erradicar la extrema pobreza y el hambre. Meta 4: Reducir la mortalidad infantil. Meta 5: Mejorar la salud materna. Meta 6: Combate al VIH-SIDA, malaria y otras enfermedades (tuberculosis e infecciones de transmisión sexual). Meta 7: Garantizar la sustentabilidad ambiental. Meta 8: Desarrollar patrocinadores globales de desarrollo (WHO, 2005).

repercute severamente en los resultados de las políticas de salud y con ello en la calidad de vida de su población.

## CAPÍTULO 3

### Las Políticas de Salud

Las políticas de salud pública se han ido modificando año con año, hasta llegar a un programa que hoy conocemos como Seguro Popular de Salud, que atiende a las personas carentes de seguridad social; conjuntándose en él, como nunca antes en México, la visión asistencialista del Estado y la visión comercial de los empresarios de la salud (aseguradoras).

#### ***3.1.- Escenario de políticas de salud para la población abierta***

Los años cincuenta y sesenta fueron el escenario de una gran preocupación por la explosión demográfica. A la par de este fenómeno, los movimientos sociales ganaron un espacio en el espectro social. Uno de los movimientos que emergió con mayor fuerza fue el relacionado con las mujeres y la equidad de género. Si bien desde las décadas de los sesenta y setenta las organizaciones de mujeres empezaron a tener una presencia en el panorama social, no es sino hasta los noventa cuando logran, con la celebración de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (El Cairo, Egipto, 1994) y con la concertación de la Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, China, 1995), colocar en el plano internacional la discusión sobre la inequidad en las relaciones de género (Rico, 2008: 244).

En la conferencia de El Cairo, las mujeres llamaron la atención sobre el enfoque desde el que se les tomaba en cuenta en los servicios de salud, pues eran vistas sólo en su dimensión biológico-reproductiva. Dicho enfoque estaba formulado ante la preocupación por el crecimiento de la población, el cual se asociaba directamente con la pobreza en los países en vías de desarrollo (Merrick, 2002: 41).

En ese contexto de las políticas públicas en salud, empeñadas en controlar el tamaño de la población mediante actividades que se concentraban en el control sobre los cuerpos de las mujeres (planificación familiar, por ejemplo), y a partir de la presión ejercida y el constante trabajo de los movimientos de mujeres, se transitó hacia un concepto más amplio entendido como salud reproductiva, el cual incluye



otros aspectos esenciales para las mujeres. Es decir, se pretendió que las acciones de salud no se limitaran a la planificación familiar, con el objetivo específico de disminuir las tasas de crecimiento poblacional, sino que debían contemplar a las mujeres a lo largo de todo su ciclo de vida. Por ello, en la conferencia de El Cairo se plantearon cuatro temas de vital importancia para las mujeres: 1) la maternidad sin riesgo y la prevención del aborto practicado en malas condiciones, 2) el aumento de la participación y responsabilidad masculina en la salud, 3) la atención a la planificación familiar y, por último, 4) la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el combate contra el VIH/SIDA (Rico, 2008: 244).

Así, el concepto de salud reproductiva incluye no sólo acciones para controlar el crecimiento de la población, sino también considera el acceso a la información como un elemento clave para que las mujeres puedan decidir sobre su propio cuerpo. Por otra parte, el acceso a los métodos anticonceptivos es definido como un elemento que promueve la libertad de decisión de las mujeres sobre su capacidad reproductiva; sin embargo, no garantiza el cambio en las actitudes de las mujeres y los hombres para una mayor equidad de género (Sen *et al.*, 1994).

Con la adopción de estos conceptos, las políticas públicas en diversos países han tratado de reflejar los distintos cambios que se han dado en la sociedad, entre ellos, la incorporación del enfoque de género. Así, a partir de cambios fundamentales como la transición demográfica y la transición epidemiológica, las políticas públicas deben adecuarse o crear nuevas opciones que respondan a las nuevas circunstancias dentro de una sociedad para cada uno de los grupos sociales que la conforman.

### **3.2.- Las reformas de salud en México**

Para entender mejor la incorporación de estas políticas, resulta de vital importancia conocer cómo se ha estructurado el sistema de salud en México. El primero de enero de 1943 se fundó una de las instituciones más grandes de salud en México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que habría de ofrecer servicios de pensión y de salud a las y los trabajadores de la economía formal. El 15 de octubre de ese mismo año, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), cuyo

nombre tenía implícito una concepción asistencial, para atender principalmente a las y los mexicanos de escasos recursos y no involucrados en la economía formal (Torres, 1977: 4).

El sistema de salud separó a la población en dos grupos: aquellos que tenían derecho a la seguridad social, definidos como derechohabientes, y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes se les denominó como "población abierta". Posteriormente -en 1959- y bajo esta misma división, se crearon otras instituciones de seguridad social, entre ellas el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM) y los Servicios de Seguridad Social de Petróleos Mexicanos (PEMEX). Todos estos operaron de manera independiente (Torres, 1977).

Adicionalmente, en 1979 se estableció el programa IMSS-COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas),<sup>6</sup> diseñado para combatir la marginación de las comunidades indígenas mediante servicios de salubridad y primer nivel de atención.

Los servicios de salud se encontraban en manos del gobierno federal, pero a partir del 8 de marzo de 1984 se decretó que se descentralizaran a los gobiernos estatales los servicios de salud que prestaba la SSA y los que proporcionaba el IMSS-COPLAMAR a la población abierta, quedando ésta bajo la responsabilidad de cada estado.

Este proceso se realizó en dos etapas: 1) Una coordinación programática, caracterizada por el establecimiento de mecanismos de participación y dirección por parte de los gobernadores de los estados en los organismos de SSA y IMSS-COPLAMAR. 2) Una integración orgánica, que consistió en la desaparición de los Servicios Coordinados de Salud Pública de la SSA e IMSS-COPLAMAR para construir los Servicios Estatales de Salud (SESA) bajo la gestión de los gobiernos estatales coordinados por la federación (Cardozo, 2007:198). No obstante, los

---

<sup>6</sup> COPLAMAR operó en 14 entidades federativas, 992 Unidades Médicas Rurales (UMR) y 22 Hospitales Rurales (HR).

procesos de descentralización de los servicios de salud en los estados del país, y en mayor medida en Chiapas, han sido lentos, por la falta de consensos políticos y técnicos de parte de los gobiernos involucrados (federal, estatal y municipal).

### **3.2.1.- Programas de salud para la población abierta**

Entre 1990 y 2003, se crearon un conjunto de programas (PASSPA, PAC, PEC) con el Modelo de Atención para la Población Abierta (MASPA). Este modelo surgió aparentemente con la intención de fortalecer las acciones en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad para cumplir con los parámetros de salud en términos de calidad, eficiencia, eficacia, equidad, integralidad, universalidad y flexibilidad de los servicios de salud (Navarro, 1998: 44) y lograr expandir la cobertura para construir una red de unidades de atención, dotándolas con personal capacitado para prestar servicios fijos a las poblaciones más marginadas en el país. Todos los programas han sido administrados por la SSA.

Algunos de estos programas fueron parte de las políticas de salud promovidas en el sexenio de Ernesto Zedillo (1994-2000), cuando 10 millones de mexicanos seguían sin tener acceso a servicios de salud (SSA, 1995). La respuesta gubernamental consistió en promover dos programas: el Programa de Ampliación de la Cobertura (PAC), instrumentado en 1995; y el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) en 1998. Con la intención de implementar nuevos programas se buscó brindar un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) a la población, conformado por 12 acciones prioritarias<sup>7</sup> (SSA 1999).

### **3.3.- Seguro Popular**

Ante este panorama el gobierno federal, en el año 2001, creó un programa piloto llamado Salud para Todos, que después se denominó: Sistema de Protección Social en Salud, comúnmente conocido como Seguro Popular, respondiendo a tres objetivos fundamentales: 1) brindar protección financiera a la población que carece

---

<sup>7</sup> 1) Saneamiento básico a nivel familiar. 2) Planeación familiar. 3) Atención prenatal. 4) Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil. 5) Inmunizaciones. 6) Manejo de casos de diarreas en el hogar. 7) Tratamientos antiparasitarios. 8) Manejo de infecciones respiratorias. 9) Prevención de control de tuberculosis. 10) Prevención y control de hipertensión arterial y de diabetes mellitus. 11) Prevención de accidentes y manejo de lecciones. 12) Capacitación comunitaria para el auto cuidado de la salud.

de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud; 2) crear una cultura de prepago; 3) disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud. Como se puede apreciar; hay una evidente lógica de preocupación financiera sobre el gasto que genera la salud de las personas y no una lógica de seguridad social.

Así en el año 2003, durante el sexenio del presidente Vicente Fox (2000-2006) se publicaron cambios a la Ley General de Salud (LGS) en el título tercero *bis* referente a la Protección Social a la Salud (Seguro Popular). Dichas modificaciones entraron en vigor en el año 2004 “con el propósito de atender las contingencias, que ponen en riesgo el patrimonio de los individuos y de las familias, al momento de enfrentar las necesidades de gastos ante un riesgo de salud” (SSA, CNPSS, 2006).

El Seguro Popular es un programa que surge dentro de un contexto de inconformidad social creciente y de una reducción de la figura del estado benefactor en México, como resultado del arribo de la extrema derecha al poder político del país. Se presenta bajo la máscara de seguridad social para todas las personas no derechohabientes –mismas que se habían incrementado año con año al no existir suficientes empleos con prestaciones de ley- con el “objetivo” de reducir el empobrecimiento por gastos en salud; dando con ello una salida demagógica a toda una serie de acuerdos internacionales que ha signado México en materia de erradicación de la pobreza y garantía de salud para todos y todas, pero que en su seno sigue una lógica actuarial de seguridad privada de la salud. Modelo por cierto, ya implementado con antelación en países como Estados Unidos de Norteamérica, Chile y Argentina con resultados lamentables y en detrimento de la salud pública.

### **3.3.1.- Cobertura del Seguro Popular**

Las 32 entidades federativas que componen México ingresaron al programa de forma gradual entre el 2001 y 2005. Con base en los datos de afiliación de la Comisión de Protección Social en Salud a nivel nacional, en el 2002, 342 familias tenían el Seguro Popular; en el 2003, 524; y en el 2004 un total de 946. Para finales del 2005, casi 1 600 de los 2 454 municipios tenían familias afiliadas.

### **3.3.2.- Financiamiento del Seguro Popular**

México destina 5.8 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) a la salud, en contraste con países como Chile, Colombia y Uruguay que, con un nivel de desarrollo similar a mexicano, dedican 7.2, 9.6 y 10.9 por ciento del PIB respectivamente. Incluso el promedio latinoamericano dedicado a este rubro es superior al de México: 6.9 por ciento (Frenk, 2007: 1).

En México más de la mitad de los recursos para la salud son privados; además, provienen del bolsillo de las familias. En Colombia y Costa Rica el gasto del bolsillo asciende a 29 y 27 por ciento, respectivamente, del gasto total en salud. Este tipo de gasto es ineficiente e inequitativo porque impide la agregación de riesgos y rompe con la solidaridad financiera y con un principio básico de justicia financiera en salud (Nigenda, 2005: 6).

El Seguro Popular es financiado, en primera instancia, con la aportación del gobierno federal; en segunda instancia, con la aportación solidaria que, en lugar de la cuota patronal, dan los gobiernos estatales; así como con la aportación familiar análoga a la cuota obrera de la seguridad social, semejante a la del IMSS y el ISSSTE; la cual es proporcional a la capacidad de pago y puede ser de cero en el caso de las familias muy pobres.

Es importante resaltar el papel que juega la aportación del gobierno federal establecida inicialmente en la reforma a la Ley del Seguro Social de 1997. Por cada persona afiliada al IMSS, el Estado aporta el valor actualizado de 13.9 por ciento de un salario mínimo general anual del Distrito Federal, que se ajusta periódicamente según la inflación. En el momento actual, esta cuota equivale aproximadamente a dos mil cuatrocientos pesos por cotizante cada año. Esta aportación había estado limitada a los trabajadores del sector privado formal de la economía, lo que había provocado que los asegurados del IMSS recibieran casi dos veces más recursos públicos que la población no asegurada.

Con la reforma a la Ley General de Salud, esta cuota social beneficia también a los afiliados al Seguro Popular. La aportación solidaria se conforma con una aportación estatal mínima (0.5 veces la cuota social) y una aportación federal (1.5

veces la cuota social) procedente del actual Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA, Ramo 33), que ya financia la mayor parte de las actividades de salud de las entidades federativas.

Los servicios ofrecidos por el Seguro Popular se dividen en dos rubros: servicios esenciales y servicios de alto costo. El primero está integrado por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), mismos que se ofrecen en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales. Su financiamiento proviene de los recursos que se concentran en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP). El segundo, se refieren a los servicios que se ofrecen en hospitales de especialidad,<sup>8</sup> financiado a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

El FPGC se constituye con el 8 por ciento de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, así como de otras fuentes de recursos: intereses devengados de la inversión de los recursos disponibles, aportaciones adicionales provenientes de donaciones o aprovechamientos fiscales. Además del FPGC, el Seguro Popular cuenta con otros dos fondos: el primero de ellos, equivalente a 2 por ciento de la suma de la cuota social, la contribución solidaria federal y la contribución solidaria estatal, está destinado a la promoción de infraestructura en las comunidades pobres; el segundo, igual a 1 por ciento de esa misma suma, cubre las fluctuaciones en la demanda y los pagos temporalmente retrasados dentro de los estados (ver cuadro en anexo 1).

Lo que resta de la cuota social y de las contribuciones solidarias federal y estatal (más de 90 por ciento de los recursos públicos del Seguro Popular), se asigna a los estados para financiar el paquete de servicios esenciales. A estos recursos se suman las contribuciones familiares que, al igual que la contribución solidaria estatal, se recaban en el ámbito estatal.

Este modelo de financiamiento implica un cambio radical en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores de servicios, ya que la asignación de recursos está determinada en gran medida por el número de familias afiliadas al

---

<sup>8</sup> Encargado de los Fondos Catastróficos.

Seguro Popular. La afiliación al Seguro Popular es voluntaria, aunque los estados tienen el incentivo de afiliar a toda la población en la medida en que su presupuesto estará crecientemente basado en una cuota anual por familia.

Así, el Seguro Popular, opera bajo un esquema de financiamiento público conformado por una cuota social proveniente de las aportaciones solidarias federales y estatales, así como de una cuota familiar:

- a) El gobierno federal hace la aportación principal por medio de una Cuota Social (CS) y una Aportación Solidaria Federal (ASF), que en conjunto representan 83.3 por ciento del financiamiento público.
- b) Los gobiernos estatales contribuyen con la fracción pública restante mediante una Aportación Solidaria Estatal (ASE).
- c) Se definen aportaciones de los hogares, directamente proporcional al ingreso (cuota familiar), dejando exentas de pago a las familias de los primeros deciles (las más pobres) en la distribución del ingreso. Aunque en la presente fase del programa para el estado de Chiapas, las familias becarias se han clasificado como no contribuyentes.

A todas las familias que soliciten su afiliación al Seguro Popular se les aplica un estudio socioeconómico (CECASOEH) y con base en dicho estudio se determina el nivel de ingresos. Las familias que no tengan capacidad de pago no pagarán nada por su afiliación al Seguro Popular.

### **3.3.3.- Cómo opera el Seguro Popular**

La operación y estimación de costos del Seguro Popular fue regulada en un inicio por el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), que establecía el servicio para 78 intervenciones diferentes, seleccionadas con base en su importancia epidemiológica, la demanda de atención y la capacidad instalada para proporcionar estos servicios. Desde el 2004, el número de intervenciones se fue incrementado a 91 servicios y se le denomina Catálogo de Servicios Esenciales de Salud. El incremento de las intervenciones en salud del catálogo es proporcional al presupuesto que se destina

por el número de familias afiliadas, es decir, por el número *per cápita*.<sup>9</sup>

En el 2005 se hizo la primera actualización del catálogo a 154 intervenciones. Y para los años 2006 y 2007 se llevó a cabo un incremento *per cápita*, por lo que el número de intervenciones incrementó a 249 y 255, respectivamente. El nombre cambió a Catálogo Universal de Servicios de Salud. Para el 2008 el incremento fue de 266 intervenciones. Este catálogo de intervenciones, incluye de forma explícita el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud y enfermedades descritas en el mismo, incluyendo medidas de rehabilitación que el Seguro Popular tiene que cubrir.

En suma, el Seguro Popular se inserta en un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS-2005), sucesor del MASPA enunciando dentro de sus objetivos mejorar la forma de distribuir y focalizar los recursos del sector con la finalidad de lograr una salud para todos y todas; desde luego la realidad ha sido muy distinta como se verá más adelante.

### **3.3.4.- Cambios dentro del Seguro Popular**

El presidente Felipe Calderón (2006-2012), sucesor de Vicente Fox, continúa reformando la Ley de salud, pero con el mismo modelo MIDAS de atención a población abierta, ya que en el Plan Nacional de Desarrollo establece un total de 82 objetivos. Sólo con dicho modelo se podrá cumplir con las expectativas en materia de salud enmarcadas en el Eje 3 "Igualdad de Oportunidades" (PND, 2007-2012: 143-174). Se pretende garantizar de esta forma que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país.

Dentro del marco del Eje 3, se consideró que la condición de salud de los niños y las niñas afecta de manera importante el rendimiento educativo de los escolares. Así mismo, el rendimiento educativo tiene un efecto significativo en la salud y la capacidad productiva en la edad adulta. De acuerdo a esta lógica, la salud de los primeros años, determina las condiciones futuras de esa generación, siempre en términos de rendimiento de producción económica.

Como una estrategia sustantiva para lograr los objetivos propuestos, el 1º de

---

<sup>9</sup> Entendiendo a una familia afiliada como una *cápita*.



diciembre de 2006, se implementó el Seguro Médico para una Nueva Generación, *cuyo objetivo general se orienta a reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población de los recién nacidos, contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida, mejorar la salud de las familias de menos ingresos y avanzar hacia un esquema de aseguramiento universal* (Secretaría de Salud, 2006). La intención es proteger a los niños de los principales padecimientos que ocurren en los primeros cinco años de vida, pero sobre todo en el primer mes, que es el período donde se presentan alrededor del 40 por ciento de las defunciones de este grupo de edad.

El 9 de mayo de 2008, el titular del Poder Ejecutivo Federal anunció el programa de Embarazo Saludable como una ampliación al Seguro Médico para una Nueva Generación, expresando el interés de favorecer a niños y niñas recién nacidas, así como a mujeres, motivo por el cual a partir de esa fecha se garantiza en todo momento la incorporación al Seguro Popular a todas aquellas mujeres con diagnóstico de embarazo, sin considerar el tiempo de gestación que tengan, a fin de proteger la salud de las mismas durante todo su embarazo y al momento del parto, así como a los recién nacidos desde el momento mismo de su nacimiento (Secretaría de Salud, 2008).

De esta manera, se conformaron dos grupos de población para afiliar: 1) la que cumple con los requisitos del Seguro Médico para una Nueva Generación y del Programa de Embarazo Saludable (afiliación directa), y 2) la población que no cumple con estas características, para quienes los módulos de afiliación se abren dos veces al año. Con esto, hay una procuración de la salud pero reducida a la etapa materno-infantil. Lo que hace que el resto de la población femenina, que se encuentra en cualquier otra etapa del ciclo vital, quede desprotegida; así como la existencia de una serie de discriminaciones en la forma de afiliación para las familias. Cabe señalar que en ningún documento del Seguro Popular definen lo que entienden por “familia”, manejándolo como sinónimo de *per cápita*, con lo cual se confirma el enfoque mercantilista que el estado mexicano actual atribuye a la salud.

### **3.3.5.- El Seguro Popular en Chiapas**

Haciendo referencia a la evolución que tuvo el Seguro Popular en la entidad, durante el período comprendido entre el 2002 al 2008, se tiene la siguiente cronología:

**Tabla I.- Cronología del Seguro Popular en Chiapas**

<p><b>AÑO 2002:</b></p> <p>Se implementó como Programa Piloto en el Municipio de Tapachula, el 16 de agosto, donde se aseguraron 5,430 familias.</p> <p>Por el concepto de subsidio, se contrató recursos humanos, se adquirió equipo médico, insumos, instrumental médico y mobiliario, además de rehabilitarse áreas de infraestructura de las unidades médicas participantes.</p> <p>En el estado se consideró indispensable crear una figura local de este sistema, que tuviera tanto el conocimiento, como las habilidades necesarias para gestionar y evaluar cada proceso en la atención a los beneficiarios del Seguro Popular, por medio de controles preestablecidos se le denominó Gestor.</p>
<p><b>AÑO 2003:</b></p> <p>El 15 de mayo de este año se publicó en el Diario Oficial de la Federación (D.O.F.) la LGS y su Reglamento, con la adición del Artículo 77-Bis.</p> <p>En la Red de Servicios de Tapachula se inició una nueva etapa del sistema de salud estatal con beneficio a población carente de seguridad social en salud, impulsando la estrategia de incorporar a la red las unidades médicas.</p> <p>A partir del 1º de julio, se amplió la cobertura territorial de servicios a la Jurisdicción Sanitaria No. III, con sede en Comitán.</p> <p>Con vigencia de derechos a partir del 1ro de enero del 2003, se afiliaron 4,721 familias. Al término del año se incrementó a 38, 917 familias, entre la Red Tapachula y la Red de Comitán, distribuidas en 11 municipios.</p>
<p><b>AÑO 2004:</b></p> <p>A partir del 1 de enero de este año entró en vigor la Reforma a la Ley, firmándose el 04 de febrero el Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, entre la Secretaria de Salud Federal y el Gobierno del Estado de Chiapas.</p> <p>A inicios del año, se contó con 41, 239 familias con vigencia de servicios, de las cuales 14, 479 fueron beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano "Oportunidades".</p> <p>A partir del 01 de octubre, se integró a la Red de Tapachula el Centro de Salud de Cacahoatán, incorporándose además las redes de Tuxtla, integrada por 7 unidades de primer nivel de atención y el Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", y la red de San Cristóbal con una unidad de primer nivel y el Hospital Regional de este mismo lugar.</p>
<p><b>AÑO 2005:</b></p> <p>Se estableció que se daría prioridad a las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas; se amplió la cobertura en la Región Altos del Estado, donde se concentra la mayor cantidad de población indígena. Esta zona, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No. II San Cristóbal, conformó su red de servicios con un total de 11 unidades médicas de primer nivel de atención, ubicadas en los municipios de Tenejapa, Oxchuc, Las Rosas, Teopisca,</p>

Chamula, Larráinzar, Aldama, Mitontic, Pantelhó y Chenalhó.

El 1º de octubre se amplió la cobertura a nueve Jurisdicciones Sanitarias de la entidad, estructurando 19 redes de servicios, las cuales se conformaron por 122 unidades de salud (7 Hospitales Generales, 5 Hospitales Integrales, 14 Hospitales Básicos Comunitarios o Centros de Salud con Hospitalización y 58 Centros de Salud distribuidos en 83 municipios), beneficiando a 178, 397 familias.

Se implementó el Manual de Procedimientos del Gestor con el cometido de integrarle las funciones que desempeñan: el Coordinador de Gestores, y los Gestores del primer y segundo nivel de atención, respectivamente, en la administración en salud que compete al área geográfica de responsabilidad, durante su intervención en el Tutelar de los Derechos de los afiliados al Seguro Popular en el estado. Se logró la acreditación de 25 unidades médicas del primer nivel y 7 del segundo nivel de atención.

**AÑO 2006:**

El 04 de abril, se realizó el convenio de colaboración con el Instituto de Desarrollo Humano (IDH) del Estado, con el fin de garantizar las acciones del CAUSES, correspondientes a rehabilitación y terapia física a los afiliados que así lo requirieran.

El 23 de marzo, el Hospital Regional de Tapachula, firmó el convenio de prestación de servicios para implementar la atención de casos de Cáncer Cérvico Uterino (CaCU), contemplado en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). El mismo día se registraron 94 casos, retroactivos al año 2005. El 28 de marzo, se inauguraron los Centros Regionales de Alta Especialidad (CRAE); integrados por el Hospital Pediátrico de Alta Especialidad ubicado en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez y el Hospital de Alta Especialidad Ciudad Salud ubicado en Tapachula.

Se autorizó la afiliación de la población total de los diez municipios con el menor índice de desarrollo humano en el estado, definido como PROYECTO 10, en el cual no se hace la distinción entre unidades del área de responsabilidad del Instituto de Salud o del área de influencia del IMSS-Oportunidades.

En septiembre se realizaron actividades de afiliación en diez Jurisdicciones Sanitarias, abarcando a 94 municipios, cuyo resultado fue la incorporación de un total de 367, 730 familias, integradas por 1' 101, 569 personas en el Seguro Popular. Desglosado el total de familias, tenemos que 200, 003 eran beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano "Oportunidades" y 167, 727 no lo eran.

**AÑO 2007:**

A partir del 01 de febrero se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la operación del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), promoviéndose la afiliación al Seguro Popular de todos los nacidos vivos en territorio nacional; hijos de padres carentes de seguridad social en salud a partir del 1º de diciembre del 2006.

En el municipio de Larráinzar se firmó, con fecha 17 de agosto, el convenio de colaboración interestatal con Tabasco para la atención de pacientes. Se tuvo un incremento histórico de casos ingresados al Sistema de Gestión de Gastos

Catastróficos (SIGC) con un total de 1, 390 casos de patologías de alta especialidad, subsidiados por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

32 unidades médicas pertenecientes a la red de proveedores del Seguro Popular fueron evaluadas, por parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

AÑO 2008:

El 9 de mayo de 2008, se instrumentó el programa de Embarazo Saludable como una ampliación al Seguro Médico para una Nueva Generación, motivo por el cual, a partir de esa fecha, se garantiza, en todo momento, la incorporación al Seguro Popular a todas aquellas mujeres con diagnóstico de embarazo, sin considerar el tiempo de gestación que tengan, a fin de proteger la salud de las mujeres durante todo su embarazo y al momento del parto.

Se deriva de la anterior cronología, una fuerte contracción en la estrategia básica del Seguro Popular de “dar cobertura a la población no derechohabiente y disminuir el número de familias que se empobrecieran anualmente al enfrentar gastos de salud”, por el hecho de haberse instaurado inicialmente en los cuatro municipios de menor índice de marginación: Tuxtla, Comitán, Tapachula y San Cristóbal; y hasta después de tres años en los diez municipios con menor índice de desarrollo humano como Santiago el Pinar, Tenejapa, Chanal, entre otros (ver cuadro de cobertura municipal en anexos). Con ello queda de manifiesto que el interés de este programa es la cantidad de gente afiliada y no, atender a los más vulnerables. Este hecho no es el objeto de esta investigación pero sí se considera pertinente mencionar que esto puede estar relacionado con que las políticas públicas en México se diseñan de manera homogénea, desde el centro de la Federación, ponderando la cantidad de “beneficiados y beneficiadas” y no la atención a la necesidad emergente; por tanto programas y subprogramas derivados de las políticas de salud se rigen por el dogma del volumen en cifras y no por la resolución de problemas concretos.

Lo anterior llevó a realizar la cobertura del estado de Chiapas por regiones económicas para visibilizar cuánto le falta al Seguro Popular para alcanzar su meta en el 2011 de dar seguridad social al 100% de la población no derechohabiente. El cálculo se realizó con las cifras de INEGI de los no derechohabientes correspondientes al año 2000, ya que ésta fue la población base que tomó el programa del Seguro Popular para publicar cuántos no derechohabientes había y

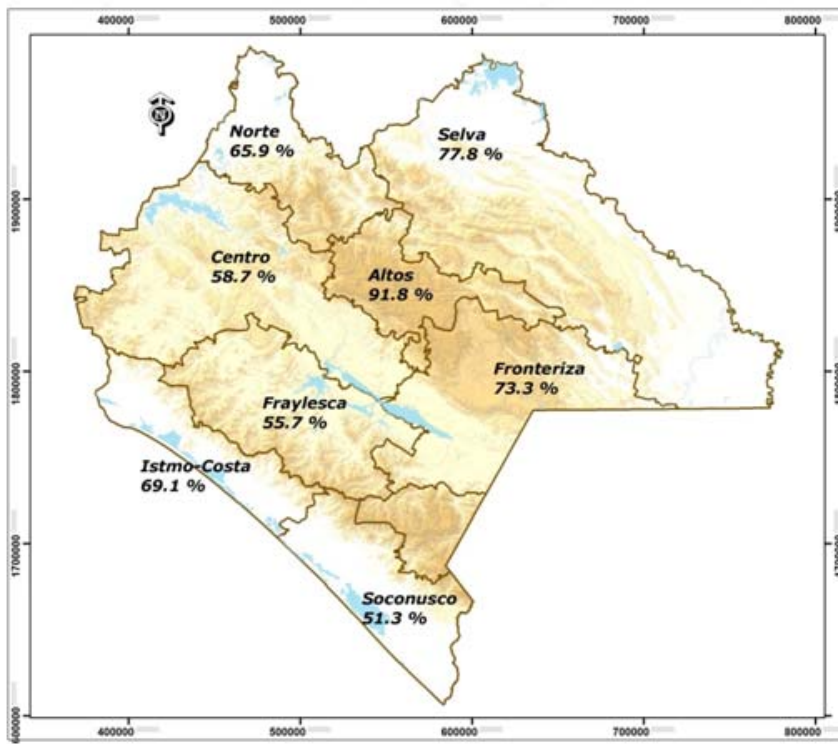
tenían que se cubiertos por el programa hasta el primer bimestre del 2009. El resultado permite observar que al estado de Chiapas le falta 33 por ciento para alcanzar la cobertura al 100 por ciento de los no derechohabientes en el estado. A nivel municipal se puede ver en las tablas que se encuentran en anexos donde se ve una disparidad significativa entre los municipios; mientras que por región los datos se comportan menos dramáticos, como en el caso de la región del Soconusco donde se observa un 50 por ciento de la cobertura, a diferencia de la región Altos, donde más se incrementaron, a partir del 2008, las campañas de afiliación y que tiene ya una cobertura de 91 por ciento de afiliados al Seguro Popular.

**Cuadro I.- Cobertura de la población afiliada del Seguro Popular por regiones**

<b>Región</b>	<b>%Pob. Afiliada SPS</b>
Centro	58,7
Altos	91,8
Fronteriza	73,3
Fraylesca	55,7
Norte	65,9
Selva	77,8
Sierra	62,2
Soconusco	51,3
Ismo	69,1
<b>Total</b>	<b>67,1</b>

Fuente: Elaboración propia con base a la información del Sistema de Protección Social en Salud del Seguro Popular del estado de Chiapas y INEGI, 2000

**Figura 1.- Mapa del estado de Chiapas por región según el porcentaje de los afiliados al Seguro Popular**



Fuente: Elaboración propia con base a la información del Sistema de Protección Social en Salud del Seguro Popular del estado de Chiapas y INEGI, 2000

### **3.3.6.- Subprogramas de salud pública en el Seguro Popular**

La vertiente de salud pública en el Seguro Popular es reciente. Inició en el año 2006, ya que el Seguro Popular está indicado como curativo, no preventivo; por ello promocionar el cuidado de la salud pública no es tan prioritario para el SPS.

Así, los 31 Programas de Acción en salud pública para el periodo 2007-2012, se priorizan de acuerdo a las enfermedades endémicas de cada estado de la república. En Chiapas, desde el 2006, sólo se trabajaba con 28 programas; pero a partir de 2009 se trabaja con 32 (ver anexo 2).

#### **3.3.6.1 Los subprogramas del Seguro Popular con enfoque de género en Chiapas**

El área de salud y género de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas, comenzó

a laborar como departamento en el 2003, con la finalidad de cumplir los acuerdos internacionales. Así, el Instituto de Salud del estado de Chiapas implementó el Programa Mujer y Salud teniendo como eje transversal la incorporación de la perspectiva de género a programas estatales de salud con el propósito de cumplir con el Plan de Desarrollo 2002-2006, que considera la equidad de género como un elemento fundamental para el desarrollo humano y da especial importancia al cumplimiento de pactos y convenios internacionales firmados y notificados por México. De igual manera el Programa Nacional de Salud 2007–2012, considera la incorporación del enfoque de género para avanzar en materia de equidad en salud.

Con la intención de avanzar hacia la igualdad de oportunidades y el derecho a la protección de la salud universal, los programas de salud pública han utilizado discursivamente el concepto de género, entendido como las diferencias biológicas entre mujeres y hombres así como las desigualdades sociales derivadas del sistema tradicional de género; con la finalidad de reducir el impacto nocivo sobre la salud de las mujeres y los hombres determinado por los roles, estereotipos y relaciones desiguales de género. Esto basado en los siguientes documentos oficiales:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Población.
- Ley Federal para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Además de lo mencionado, tenemos otras normativas internacionales: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Resolución de la Asamblea General de la Naciones Unidas (1948), Artículo 2; la Declaración Americana de los Derechos Humanos (1948), Artículo XI; la Conferencia Internacional sobre la Población y

Desarrollo (1994) y la Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995).

La perspectiva de género en salud, desde los derechos humanos, implica relacionar la división sexual del trabajo y el poder en una población con los perfiles epidemiológicos (características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud), considerando el estado de salud y sus determinantes, para lograr el acceso efectivo a la atención (según las necesidades diferenciales) y el financiamiento de la atención (según capacidad de pago). Para lograr un balance en la distribución de la carga de responsabilidades y de poder en el cuidado de la salud.

Sólo con lo anterior se podrá lograr transversalizar la perspectiva de género en los programas de salud y en las principales acciones de promoción de la salud, prevención y atención de las principales causas prioritarias de enfermedad, discapacidad y muerte. Teniendo los siguientes objetivos específicos:

1. Fortalecer los procesos de formación de los profesionales de la salud en enfoque de género, como elemento central para favorecer la calidad en salud.
2. Integrar la perspectiva de género en el Instituto de Salud del estado de Chiapas como eje fundamental para la calidad de los servicios de salud.
3. Disminuir la presencia de estereotipos establecidos de género en las campañas de Promoción Educativa en Salud.
4. Propiciar encuentros donde la población adolescente intercambie opiniones con sus padres y profesionales de la salud, conociendo sus derechos sexuales y reproductivos, el cuidado de su cuerpo, las enfermedades de transmisión sexual; así como comportamientos de riesgo que expongan su salud.
5. Conformar grupos de reflexión para hombres en las jurisdicciones sanitarias.
6. Continuar con la vinculación interinstitucional a través de las reuniones de la Mesas de Género y Salud.

En el tiempo que lleva laborando el departamento de Género y salud ha obtenido resultados que se pueden observar en cinco líneas de acción con enfoque de género en la promoción, prevención y atención a la salud: Accidentes, Cáncer Cérvico



Uterino, Cáncer de mama, Planificación Familiar y VIH/SIDA. Todos ellos enfocados a atender principalmente a las mujeres.

La actividad principal de este departamento en el estado de Chiapas, desde el año 2003, ha sido de capacitar a cuatrocientos profesionales de la salud en temas de género dentro del marco de los derechos humanos. Para cada jurisdicción sanitaria corresponde capacitar a cuarenta profesionales de la salud.

- Cuarenta profesionales de la salud del personal directivo (directores y subdirectores) de hospitales capacitados en género.
- Realizar un encuentro juvenil en cada jurisdicción sanitaria.
- Conformar un grupo de reflexión para hombres en cada una de las jurisdicciones sanitarias del instituto de salud del estado de Chiapas.

Otra actividad que el departamento desempeña es la difusión en carteles, radio y televisión, de temas relacionados con la equidad de género, logrando con esto cinco productos comunicativos de campañas para la promoción educativa en salud, como un programa en la radio. También han realizado diez reuniones con directivos de los departamentos de salud pública, con la finalidad de articular acciones de la Coordinación de la Unidad de Género y Salud, instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil.

Para la realización de dichas actividades de incorporación del enfoque de género, el departamento antes citado tiene mecanismos de identificación de las inequidades de género en salud, utilizando como ejes en su discurso: los riesgos de salud y las oportunidades para gozar la salud (estado y determinantes de salud) de la población; y las necesidades de salud y acceso a los recursos.

Como ya se ha referido, la equidad de género implica tratar de eliminar las diferencias innecesarias, injustas y evitables en el estado de salud y supervivencia. Además de lograr la distribución y acceso a los recursos (tecnológicos/financieros/humanos), según las necesidades particulares de cada sexo, con la finalidad de que mujeres y hombres cuenten con una buena salud, amparados por un buen sistema sanitario. Y de esta manera llegar a una distribución

social justa de las responsabilidades, el poder y las recompensas para la contribución de las mujeres y los hombres en la gestión de salud. Esto incluye valorar el trabajo no remunerado en el cuidado de la salud, que generalmente es realizado por mujeres.

De esta manera, la perspectiva de género en salud plantea la incorporación de nuevas pautas en el análisis epidemiológico, en la planeación y desarrollo de programas, en el diseño de indicadores de monitoreo, evaluación e investigación. Por ello, requiere mecanismos institucionales, leyes, programas y prácticas políticas que garanticen un acceso igualitario de hombres y mujeres a oportunidades y beneficios sociales; enfatizando el uso, control y recompensa de los bienes y servicios de la sociedad

En suma, en este capítulo se presentaron los cambios en las reformas del sector salud y la forma en la que se han originado diversos programas que no han logrado la universalidad del acceso a los servicios de salud. Además, a través de la cronología del aterrizaje del Seguro Popular en Chiapas se logró ver cómo éste ha obedecido a una lógica de cantidad de población total y no al cumplimiento de su objetivo principal de afiliar a todos y todas aquellas que carecen de algún servicio de salud. La posibilidad que este programa ofrece para cumplir con el objetivo de disminuir la inequidad de género, se analiza en el siguiente capítulo.

## **CAPÍTULO 4**

### **RESULTADOS Y DISCUSION**

En este capítulo se presenta un análisis del presupuesto a nivel general del sector salud y del Seguro Popular para poder, más adelante, presentar las diferencias entre las tasas de variación de los subprogramas elegidos con la metodología propuesta, así como la presencia o no del enfoque de género en dichos subprogramas. Por último se presenta el perfil de filiación al Seguro Popular y su análisis para identificar la intención asistencialista y sexista de este programa.

#### ***4.1 Presupuesto del Seguro Popular en Chiapas***

Para poder abordar este tema fue necesario realizar un bosquejo del presupuesto del Seguro Popular en el estado de Chiapas desde sus inicios. Aunque es un programa muy reciente (2002), se encontraron datos que llaman la atención desde una perspectiva de género. No obstante, existen algunas limitantes en la obtención de los mismos, a pesar de la existencia de dependencias para el control y monitoreo al acceso de la información. El objetivo de este apartado es describir la distribución del presupuesto del Seguro Popular y sus implicaciones para lograr la equidad de género.

Por ello, en el cuadro II se presenta el presupuesto social aprobado a nivel nacional y estatal del 2007 al 2009. Cabe aclarar que los datos presentados ya están deflactados, es decir, se convirtió una cantidad expresada en términos nominales en otra expresada en términos reales, habitualmente se utiliza el Índice de Precio al Consumidor (IPC) para llevar a cabo dicha operación. En este caso se utilizó el INPC (Índice Nacional de Precios al Consumidor) para deflactar los montos de cada año.

$$\text{DEFLACTAR} = (\text{valor nominal} / \text{INPC}) * 100$$

Lo anterior con el objetivo de distinguir realmente cuánto fue el gasto en ese año, quitando el efecto de la inflación. En los primeros cuadros se muestra la comparación con respecto al Producto Interno Bruto y gastos en salud; para ello se

utilizó el PIB nominal, no el PIB real por las variaciones.

**Cuadro II.- Presupuesto social aprobado a nivel nacional y estatal 2007 al 2009**

Ambito	(Miles de pesos)			Con respecto al PIB (porcentual)		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
<b>Nacional</b>	\$ 1.911.320,80	\$ 1.899.925,00	\$ 2.320.352,40	17,1	15,7	19,3
<b>Estatad</b>	ND	ND	\$ 357.550,84	ND	ND	3,0

Fuente: Elaboración propia con base a Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2009. Distribución del gasto por unidad responsable y a nivel de desagregación de capítulo y concepto de gasto, 8 de septiembre de 2008. PIB Nominal 2007 (11.206.068,8) 2008 (12.110.555.3) 2009 (11.399,0)

Como se puede apreciar en este cuadro, el gasto público destinado al sector social, ha tenido un crecimiento dinámico, pues sólo en 2009 representaba cerca del 20 por ciento del PIB; esto es, de cada 100 pesos que se genera en la economía, 19 pesos se destinan al sector social. Esto es compatible con la tasa de crecimiento que se tuvo de 2008 a 2009 que fue de 17 por ciento, cifra considerablemente superior respecto al periodo 2007-2009 cuando tuvo un decremento de (-) 0.6 por ciento.

En el cuadro III se puede ver que el presupuesto destinado al Sector Salud a nivel nacional ha tenido un incremento paulatino del 2007 al 2009, representando entre el 0.5 y el 0.6 del PIB. No obstante, para el estado de Chiapas en los mismos años de referencia, el incremento es de casi diez veces, sin que con ello tenga significancia en el PIB.

**Cuadro III.- Presupuesto aprobado en materia de Salud**

Ambito	(Millones de pesos)			Con respecto al PIB (porcentual)		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
<b>Nacional</b>	\$ 55.583,20	\$ 69.426,10	\$ 76.659,30	0,5	0,6	0,6
<b>Estatad</b>	\$ 39,70	\$ 246,60	\$ 376,99	0,00	0,00	ND

Fuente: Elaboración propia con base a Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2009. Distribución del gasto por unidad responsable y a nivel de desagregación de capítulo y concepto de gasto, 8 de septiembre de 2008. Periódico Oficial No.135-3ª. Sección, Tomo III, Decreto No. 128, de fecha 31 de Diciembre de 2008. Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado 2007 recursos presupuestales para el estado de Chiapas, Marzo de 2007 Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. PIB Nominal 2007 (11.206.068,8) 2008 (12.110.555.3) 2009 (11.399,0)

En el cuadro IV, se aprecia que el presupuesto destinado al Seguro Popular a nivel nacional ha tenido de manera similar al caso del Sector Salud, un incremento paulatino, pero para el caso del estado de Chiapas, los datos localizados para el

2007 y el 2008, prácticamente no muestran variación a pesar de que no se ha dejado de incrementar el número de familias aseguradas anualmente.

**Cuadro IV.- Presupuesto aprobado del sistema de protección social (Seguro Popular)**

Ámbito	(Millones de pesos)			Con respecto al PIB (porcentual)		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Nacional	\$26.040,30	\$ 37.355,00	\$ 49.832,13	0,2	0,3	0,4
Estatad	\$ 8.598,85	\$ 8.894,07	Falta	0,08	0,07	ND

Fuente: Presupuesto de Egresos 2009 para las Entidades Federativas y el Distrito Federal, Periódico Oficial No.135-3ª. Sección, Tomo III, Decreto No. 128, de fecha 31 de Diciembre de 2008. Presupuesto de Egresos de la Federación aprobado 2007 recursos presupuestales para el estado de Chiapas, Marzo de 2007 Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. PIB Nominal 2007 (11.206.068,8) 2008 (12.110.555.3) 2009 (11.399,0)

**4.2. Distribución del gasto federal y estatal para el Seguro Popular**

El presupuesto del Seguro Popular se compone, como ya se señalaba, de tres aportaciones: federal, estatal y cuota familiar. El cuadro V muestra las aportaciones *per cápita* desde el 2004 (año en el cual se estableció como ley a nivel federal) al año 2008. Como puede verse, no solamente no hay incrementos, sino que en todos los casos la variación real es negativa, tanto en la aportación federal como la estatal, desde el año 2006.

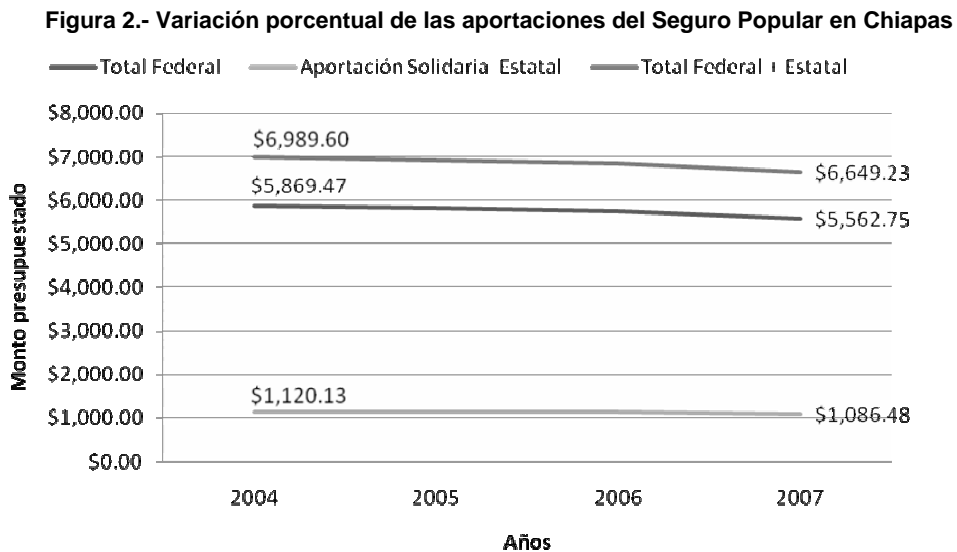
**Cuadro V.- Variaciones de las aportaciones de financiamiento en millones de pesos**

Concepto de financiamiento	2004	2005	2006	2007	2008
Cuota Social	\$2.200,80	\$2.240,26	\$2.224,68	\$2.230,92	\$2.172,95
% Variación Real		1,8	-0,7	0,3	-2,6
Aportación Solidaria Federal	\$3.632,16	\$3.629,21	\$3.581,70	\$3.501,80	\$3.389,80
% Variación Real		-0,1	-1,3	-2,2	-3,2
Total Federal	\$5.832,96	\$5.869,47	\$5.806,39	\$5.732,72	\$5.562,75
% Variación Real		0,6	-1,1	-1,3	-3
Aportación Solidaria Estatal	\$1.100,84	\$1.120,13	\$1.112,34	\$1.115,46	\$1.086,48
% Variación Real		1,8	-0,7	0,3	-2,6
Total Federal + Estatal	\$6.933,81	\$6.989,60	\$6.918,73	\$6.848,18	\$6.649,23
% Variación Real		0,8	-1	-1	-2,9

Fuente: Elaboración propia con datos del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del estado de Chiapas, 2009.

En la figura 2, aparecen los años de monitoreo y las variaciones que ha tenido la aportación federal, la estatal y la suma de estas dos. La gráfica es muy significativa, ya que evidencia que cuando inició el programa de Seguro Popular las aportaciones

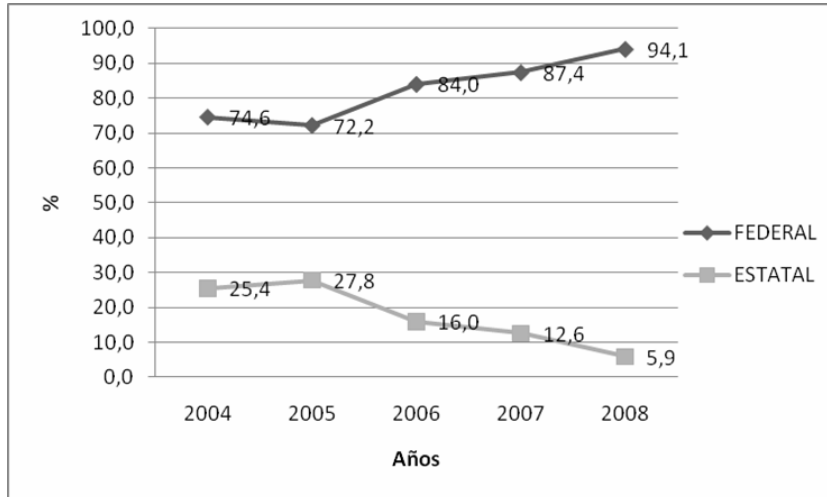
eran altas en cuestión del monto de presupuesto designado, pero con el paso de los años, las aportaciones fueron bajando ya que, calculando el efecto de la deflactación de estos montos con INP, las aportaciones muestran decrementos no viceversa como se presenta sin este efecto de la deflactación. En el caso de las aportaciones estatales se mantuvieron constantes hasta 2006.



Fuente: Elaboración propia con datos del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Chiapas, 2009.

Para poder mantener el programa en un 100% (ver figura 3), el sector federal comenzó aportando más del 70% al programa y año con año esa aportación ha ido variando en relación a la aportación estatal. En consecuencia estas dos aportaciones están relacionadas para poder subsidiar el programa. Esto respalda los resultados del estudio realizado en el 2005 sobre las aportaciones del Seguro Popular en Guerrero y Oaxaca, en el cual se reporta que el estado que aporta una mayor cantidad es Guerrero mientras que Oaxaca y Chiapas se quedan en 15 por ciento de su aportación (Morris, 2007). Con esta información se observa entonces que no se ha logrado de manera alguna la descentralización de este programa, al menos no en el caso de Chiapas.

**Figura 3.- Porcentaje de Aportación Federal y Estatal**



Fuente: Elaboración propia con datos del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Chiapas, 2009.

Para poder analizar mejor estos datos, es importante definir la categoría *per cápita* en el contexto de este programa. Aquí el término hace referencia al número de familias afiliadas al Seguro Popular, no al número de personas afiliadas. Es decir, el presupuesto que se le otorga al Seguro Popular depende del número *per cápita* (familias afiliadas). Esto lleva al planteamiento de una primera observación: si la morbilidad de un hombre y de una mujer es diferente, así como la morbilidad de un niño respecto a una niña, porque depende del contexto en el que viva cada uno, mucho más complejo es pensar en la morbilidad de un grupo familiar, porque implicaría diferentes padecimientos por cada integrante. Sin embargo, el sistema del Seguro Popular no distingue particularidades dentro de los y las integrantes de las familias; tales como la ocupación, sexo, edad, la clase social, la etnia, entre otras variables, que pueden incidir en el estado de salud de los integrantes de la familia. Si se retoma del tabulado a una familia, a ésta le corresponde \$5,958.39 pesos anuales, para atender sus necesidades en salud; no se encontró evidencia de que existieran montos diferenciales dependiendo del tamaño de familia.

La distribución desigual del monto económico *per cápita*, independientemente del tamaño y la edad de familia, impacta en la cantidad de recursos a disposición

para atender la salud de los y las usuarias del seguro, ya que se cuenta con la misma cantidad tanto para una familia de tres miembros de edad mediana como para una familia de 12 miembros donde la mayoría sean menores de edad.

Asimismo, no se consideran las condiciones diferenciales de morbilidad según la zona a la que pertenezcan las familias, no es lo mismo una familia en zona urbana que una familia indígena en zona rural, o inmigrante. Por tanto, las desigualdades en atención y procuración de la salud en contextos como el estado de Chiapas se acentúan.

**Cuadro VI.- Financiamiento por Familia Ejemplo 2008**

Gobierno	Concepto	Pesos en 2008/1 per cápita	Participación en el financiamiento
Federal	Cuota Social (CS)	\$ 1.786,77	33,30%
	Aportación Solidaria Federal (ASF)	\$ 2.680,15	50%
Estatad	Aportación Solidaria Estatal (ASE)	\$ 1.491,47	16,70%
Total		\$ 5.958,39	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Chiapas, 2009.

A pesar de las consideraciones de los administrativos (directivos en salud), la distribución de los recursos es diferente, la población afiliada con esa cantidad, no solventará los problemas de salud que puedan surgirle en un año; aunado a ello, si tiene niños/as menores de cinco años, y si se trata de familias con escasos recursos –a quienes va dirigido el programa– les puede ocasionar más empobrecimiento a causa de gastos en salud y en consecuencia uno de los principales objetivos del programa del Seguro Popular no se estaría cumpliendo: el de “evitar el empobrecimiento de la población por el gasto en salud”. A finales de 2009 el Diario Oficial de la Federación publicó una nueva reforma a la Ley General de Salud en el artículo 77 bis 12, donde se señala: *“El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, la cual será equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará anualmente de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor”*. Aplicado para el presupuesto del 2010 del Seguro Popular se asignara



por persona afiliada y no por familia como se comenzó desde el 2001.

Otro objetivo del Seguro Popular es ser autosuficiente y alcanzar una cobertura universal en el país, 11.9 millones de familias para el 2010. Sin embargo, uno de los problemas que se ha suscitado en la implementación del programa es que casi el 95 por ciento de las familias afiliadas se encuentra entre los primeros deciles de ingreso, lo cual las exenta de su pago; hecho que se da específicamente en el estado de Chiapas donde las familias afiliadas se encuentran en los primeros deciles.

Esta es una de las principales contradicciones del financiamiento del Seguro Popular, ya que fue pensado como un sistema de seguro privado con miras a ser autosuficiente en un futuro. Pero este programa, al igual que muchos otros, que se diseñó desde el gobierno federal centralizado, no consideró que en la población mexicana, por las condiciones económicas en las que vive, cada año se incrementa el número de pobres, posicionando a las familias en un ingreso insuficiente para poder pagar una cuota y recibir servicios de salud. Como consecuencia, aumentan anualmente las afiliaciones de familias en los primeros deciles de ingreso, con lo que el subsidio del Seguro Popular con la cuota estatal y la cuota federal no puede desaparecer. En consecuencia se lograra la afiliación pero con la dinámica que ha tenido las fuentes de financiamientos no se garantiza para todos los afiliados una calidad en los servicios de salud.

En el estado de Chiapas para el año 2006 lo que corresponde a la cuota familiar captada fue de \$107, 201.92, esto ha ido disminuyendo ya que, para el 2007 fue de \$39,003.10, y en el 2008 únicamente se captaron 100,128.17 (RPSS, 2008). El uso que se le da a este recurso obtenido es para completar algunos gastos de oficina.

**Cuadro VII.- Cuotas familiares captadas 2004-2008**

<b>AÑO</b>	<i>Aportación familiar (\$)</i>	<i>por ciento</i>
2004	33,900.00	8.0
2005	151,909.49	<b>35.8</b>
2006	107,201.92	25.3
2007	30,839.74	7.3
2008	100,218.17	23.6
<b>SUMA</b>	424,069.32	100.0

Fuente: Elaboración propia con base los datos proporcionados por el Régimen Estatal del Seguro Popular

Un trabajo realizado por Scott (2006) menciona que si en el ámbito nacional, la totalidad del gasto público en salud ejercido por el gobierno federal y estatal para la población sin seguro social, se contabilizara como gasto en el Seguro Popular, el esfuerzo presupuestal adicional que se requeriría para lograr la cobertura completa en el 2010 implicaría un aumento de 37.6 por ciento en el gasto federal, y de un 33 por ciento en gasto estatal. Sin embargo, menciona que las brechas del financiamiento público de salud para la población no asegurada que se han documentado anteriormente, implican contrastes correspondientes en el esfuerzo financiero de los estados para solventar las aportaciones necesarias para el Seguro Popular; no obstante solo siete estados estarían en condiciones de financiarse con una aportación mínima: Chihuahua, Aguascalientes, Jalisco, Sonora, DF, Tabasco, entre otros.

En los casos opuestos que reflejan recursos absolutos muy bajos como son Oaxaca, Guerrero y Chiapas, implicaría un esfuerzo presupuestal por parte de los gobiernos locales del orden de 0.5 por ciento del PIB estatal; pero el valor promedio del PIB estatal para el conjunto de los 3 estados apenas es de 0.1 por ciento. Esto se traduce en la incapacidad de autofinanciamiento del Seguro Popular en dichas entidades y contradice seriamente a algunos de sus objetivos propuestos, como es el de crear una cultura de prepago. Esto se evidencia en el cuadro V, donde la aportación estatal en el año 2008 sigue siendo la misma desde que inició el programa y las aportaciones de la cuota familiar son insignificantes para poder

sostener los gastos en salud de los afiliados al Seguro Popular en el estado de Chiapas.

Hay que mencionar que la equidad financiera es una condición necesaria pero no suficiente para lograr equidad en términos del acceso a bienes y servicios de salud de una calidad adecuada. Para transformar la equidad financiera en equidad en la atención a la salud es necesario asegurar la eficiencia en el uso de los recursos, lo cual implica una vez más, un sistema integral y mecanismos efectivos de rendición de cuentas. El Seguro Popular está lejos de alcanzar la cultura del prepago en el estado de Chiapas, ya que para el 2009 el 99 por ciento de sus afiliados se ubican en los primeros deciles; así, la cuota familiar sigue siendo nula y la cobertura se encuentra en un 67 por ciento con respecto del total de los no derechohabientes.

#### **4.3.- Género y Seguro Popular**

Con la metodología del “tracer” se analizaron los documentos oficiales<sup>10</sup> sobre el Seguro Popular en materia de beneficios y riesgos de salud esperados; así, se realizó la clasificación proporcional de cada subprograma de salud pública con el objetivo de visualizar en la totalidad del plan-presupuesto, la cantidad de acciones estratégicas y la asignación presupuestaria asignada a cada programa con relación a género.

En los resultados se advierte que la perspectiva de género no ha sido considerada como parte esencial para la resolución de las problemáticas del sector salud. Para esta Institución, la mejora en la calidad de vida se restringe al propósito de reducir muertes y enfermedades en mujeres en edad reproductiva y embarazo, así como en lactantes y niños. De ahí la creación, dentro del Seguro Popular, de programas como Seguro de Nueva Generación (que trata de abatir la mortalidad infantil durante los primeros años de vida) y Embarazo Saludable (que busca reducir la muerte materna y “garantizar” la atención durante el embarazo, parto y puerperio).

Asimismo, en los diversos documentos que sirven de marco al programa del Seguro Popular, se observa un fuerte acento en la problemática de la niñez y se

---

<sup>10</sup> Plan Nacional 2006-2012 y lineamientos de los programas de Salud Pública a Nivel Federal

toma a las madres por su relación con sus hijos pequeños: embarazo y lactancia. De esta forma, se contempla a las mujeres en tanto madres, unidas indisolublemente a su biología reproductiva, no como personas con potencial humano. Por lo tanto, sólo desde esta concepción las mujeres se convierten en sujetos de interés para las políticas de salud, las 'intermediarias' de las que se hablaba antes. Esta visión obtusa sobre la salud materno-infantil puede distar de una solución real a una problemática relacionada más con la desigualdad social que con el cuidado de una madre a su bebé.

De acuerdo con documentos oficiales, los programas de salud pública se dirigen a las mujeres en las distintas etapas de la vida. En esta formulación y su posterior instrumentación se observa claramente cuál es la concepción implícita de mujer que se tiene, ya que cuando se define la población objetivo se señala a mujeres en edad fértil, embarazadas y madres de niños pequeños.

Existe en algunos de los documentos oficiales, como en los programas de acción específicos para el 2007 al 2012, señalamientos de ciertas actividades de promoción a la salud, entre las que se encuentra las charlas sobre lactancia materna. Esto refuerza lo anteriormente expuesto. No se mencionan actividades de capacitación que redunden en beneficios para las mujeres en sí mismas. Esta dificultad se observa también en la operación de programas de salud reproductiva y materno infantil puesto que estos se ubican únicamente en términos de ajuste, desde la necesidad de descentralizar y ser eficiente. Se dejan de lado aspectos principales de un programa orientado a las mujeres, como enfermedades crónicas y envejecimiento; que por cierto, no necesariamente se oponen a las necesidades económicas estructurales.

Los presupuestos en política pública son de importancia social y económica porque a través de ellos es posible poner en marcha una serie de acciones dirigidas a beneficiar a la población. Sin embargo, cuando hay que determinar los criterios sobre los cuales se construyen, aparecen referencias que privilegian aspectos técnicos que suponen impactos positivos y directos a toda la población en general. Desde un análisis de género, ignorar los efectos diferenciales que contiene el

presupuesto implica reproducir las inequidades existentes entre mujeres y hombres, así, como dejar de lado que las mujeres, a comparación de los hombres, reciben menos beneficios del crecimiento económico y del desarrollo humano. Además, la pobreza afecta sobre todo a las mujeres, quienes en muchos casos, deben soportar la carga de sostener a su familia, en términos de trabajo remunerado y no remunerado (labores domésticas).

El presupuesto es la principal manifestación de la política de un gobierno, de sus prioridades y del compromiso con programas y políticas específicas. También, indica las áreas en las que se establece un compromiso político para atender las demandas de la población. Las autoridades respectivas podrán ser evaluadas en función de los recursos que destinan para su cumplimiento. Por ejemplo, el manejo del presupuesto en el 2007 para salud, quedó bajo la responsabilidad discrecional del Ejecutivo y de funcionarias y funcionarios con fuertes antecedentes de conservadurismo, que han puesto en riesgo los avances logrados en las últimas décadas en el ejercicio de los derechos de las mujeres, tal como advirtió la diputada Maricela Contreras, Presidenta de la Comisión de Equidad y Género en la Cámara de Diputados (González, 2007). También aseguró que durante ese periodo faltó la voluntad política del gobierno federal y de la Secretaría de Hacienda para transparentar los recursos aprobados en grandes bolsas por la Comisión de Presupuesto; únicamente han reconocido 1 mil 130 millones de pesos para el sector salud enfocado a mujeres.

En México, las experiencias se han centrado en el análisis del gasto público, y en él se identifica la participación del gasto explícitamente planificado para la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres en relación con el gasto total (Vinay et al, 2001; Torres et al., 2001). Hay estudios que analizan el gasto real y el gasto que se requiere para alcanzar los objetivos de un programa (Sánchez et al., 2002). Existen también experiencias que se interesan en la planificación, al estimar el gasto necesario para disminuir la inequidad entre hombres y mujeres con respecto a un problema particular de salud (Hofbauer et al., 2002).

Por tanto, un estudio con perspectiva de género permite evidenciar la

condición y la posición de las mujeres con respecto a los varones en el gasto público, tomando en cuenta las situaciones intergeneracionales, interclasistas e interétnicas. Mohanty (1991) y Laurentis (1992) identifican, además, los factores de desigualdad entre mujeres en los distintos momentos de su vida y ámbitos de acción, así como las asimetrías de poder en las interrelaciones de mujeres y varones. Esto hace posible la elaboración de propuestas, la identificación de prácticas y estrategias para la construcción de relaciones de equidad (Sen et al., 1994).

Para el Seguro Popular, en particular, sólo se han realizado estudios donde se evidencian que con la instrumentación de este programa se ha reducido el gasto a los bolsillos en Gastos Catastróficos (GC) en un 20 por ciento, y la prevalencia de GC se reduce en un 3.4 a 3.1 por ciento (Knaul, et al., 2005: 2).

Aunque el Seguro Popular trata de dar una atención integral a los afiliados, no siempre se logra, ya que para las personas que se encuentran en zonas urbanas es un poco más fácil el acceso, pero limitado para las de las zonas rurales. Por supuesto, en ambos casos se trata de la reducida asignación de recursos, de los beneficios y los costos que se distribuyen de forma inequitativa, mismos que van en detrimento de la calidad de la atención.

Con ello, la creación de un programa de seguridad para la salud no es sólo la implementación de un paquete de seguros en condiciones de una infraestructura adecuada para las y los ciudadanos. En realidad exige un complemento de la reforma de los recursos humanos. Si esta reforma no es inminente, entonces la reforma del seguro será parcial en el mejor de los casos. Por lo cual, si un servicio de salud sufre de problemas relacionados con la mala gestión y corrupción, en el intento de crear un sistema de seguros no se resolverán automáticamente estos problemas (Morris, 2008).

Hay subprogramas que consideran, en su diseño (ver anexos cuadro de 31 subprogramas) los requerimientos diferenciales de las mujeres, pero su impacto dependerá de cómo sean definidas esas diferencias. El contenido de los subprogramas diferirá sustancialmente, ya sea reforzando la posición actual de las mujeres o cuestionando las pautas sociales y, por lo tanto, promoviendo

transformaciones culturales de las relaciones entre los géneros. Los programas de capacitación dirigidos a mujeres de sectores empobrecidos constituyen uno de los ámbitos donde es posible analizar estas posiciones.

En suma, se llegó a identificar las líneas de acción que contemplan los documentos oficiales para la introducción del enfoque de género dentro de las políticas de salud, en específico en la del Seguro Popular.

#### **4.3.1.- Las diferencias de montos de gasto entre los subprogramas de salud**

Como primer paso de la metodología del “tracer” se realiza el proceso de deducción e inferencia de análisis de género a partir de los gastos asignados para lograr las metas en cada subprograma de salud pública. En el primer proceso es donde se puede deducir el comportamiento visible (identificado una variable en particular) del subprograma (monto de cada año). Aquí los indicadores con perspectiva de género son fundamentales, como ejemplo se pondrá el de diabetes mellitus tipo II. En cuanto al segundo proceso, de inferencia, se infiere el comportamiento no visibilizado ni identificado de una variable en particular del subprograma.

Los 20 programas de Salud Pública que maneja el Seguro Popular, de un total de 31 que están considerados en la agenda de salud a nivel federal, son mecanismos de acción del periodo 2007-2012. El 11% del presupuesto está destinado a la prevención y promoción en salud; el 89 por ciento restante está destinado a: 1) redes de servicio: luz eléctrica, agua potable, teléfono; 2) administración y finanzas: pago de personal; 3) unidades de informática: red de informática y mantenimiento de datos; 4) Infraestructura: creación de edificios y estancias; 5) Régimen Estatal de Protección Social en Salud: mantenimiento de la institución.

Lo anterior lleva a analizar los recursos que a cada programa se le han dotado en cada ejercicio fiscal, esto a partir de los datos en el presupuesto programando del 2007 al 2009; mismos que reflejan diferencias significativas, no sólo en el total de los recursos, sino entre los programas: riesgos cardiovasculares, cáncer en la mama, entre otros que se presentan en los cuadros VII y IX, no tienen recursos en el 2007.

Dentro del Seguro Popular existen dos programas creados, específicamente, con el enfoque de género: 1) Igualdad de Género en Salud y 2) Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género (ver cuadro VIII), los cuales muestran un descenso considerable en el presupuesto para los años 2008 y 2009, respecto al asignado en el año 2007, evidenciando la pérdida de importancia gubernamental a la atención de estos aspectos. Adicionalmente, al ser instrumentados como subprogramas independientes dejaron a un lado las consideraciones del enfoque de género en salud: tomar en cuenta que esta perspectiva no implica crear subprogramas separados de los demás, sino incluir dicha visión en todos. Es decir, la visión genérica debe considerarse dentro de la metodología para hacer cada subprograma, porque trata de ver las diferencias entre sexo, etnia y clase social, de tal forma que los programas se focalicen a la población que realmente lo necesita.

**Cuadro VIII.- Subprogramas relacionados con Género**

<b>Programas</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009*</b>
<b>Promoción a la salud, una nueva cultura</b>	35.395.509,99	13.810.973,31	7.640.184,96
<b>Var. Real (%)</b>		-60,98	-44,68
<b>Desarrollar el sistema de vigilancia epidemiológica</b>	338.028,46	0,00	0,00
<b>Var. Real (%)</b>			
<b>Prevención y atención de la violencia familiar y de género</b>	0,00	8.556.619,64	7.378.149,82
<b>Var. Real (%)</b>			-13,77

Fuente: Elaboración propia con datos del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Chiapas, 2009. Para deflacta se utilizo el INPC, fin de periodo 2007(125,564) 2008 (133,761) y 2009\* (139,817) para último es retomado del primer trimestre del mismo año.

Es importante mencionar que con los datos promocionados por el Régimen Estatal del Sistema de Protección Social en Salud, a partir del 2007, se comenzó a dar un recurso a género y salud destinado a la adquisición de materiales para oficina y a capacitar al personal de salud. Como se puede observar en el cuadro VIII, aparecieron y desaparecieron subprogramas; por ejemplo, el subprograma para desarrollar el sistema de vigilancia epidemiológica, ya no contó, en los dos siguientes años, con recursos. Apareció en el 2008 la prevención y atención de la violencia familiar y de género, el cual en particular es financiado a nivel federal como operado, es decir, aunque este subprograma se encuentra dentro del departamento de Género



y Salud de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas, sus materiales y estrategias de operación son designadas a nivel federal, dejando al personal de la Secretaría de Salud únicamente la responsabilidad de ejecutar estas estrategias.

A continuación se presentan los programas destinados a salud reproductiva, donde se observan altas tasas de variación entre el 2007 y el 2008. Asimismo, se observan los cambios bruscos, ya que las tasas de variación real pasan de ser negativas a positivas, como es el caso del subprograma de Salud Reproductiva que pasó de un porcentaje a una tasa de menos 39.5% para el 2008. En el 2009 aumenta la tasa a 57.1%. Analizando este dato detalladamente tenemos que, el incremento fue mínimo, ya que primero disminuye y aumenta sólo lo que disminuyó y un poco más en la asignación del presupuesto en los programas señalados en el cuadro IX.

**Cuadro IX.- Subprogramas relacionados con la Salud Reproductiva**

Programas	2007	2008	2009*
<b>Desarrollar acciones integrales para la salud de la infancia</b>	25.929.341,17	98.394.347,53	48.590.800,60
Var. Real (%)		279,47	-50,62
<b>Cáncer de mama</b>	0,00	11.007.327,50	7.814.754,63
Var. Real (%)			-29,00
<b>Cáncer Cérvico Uterino</b>	17.496.592,53	10.610.375,27	24.010.326,87
Var. Real (%)		64,90	-55,81
<b>Arranque parejo en la vida (Salud Materna)</b>	416.811,35	19.920.322,96	38.510.999,77
Var. Real (%)		4.679,22	93,33
<b>Salud reproductiva (incluye anticoncepción)</b>	17.496.592,53	10.584.624,31	16.628.517,75
Var. Real (%)		-39,50	57,10
<b>Prevención y control del SIDA y otras ITS</b>	1.838.734,00	0,00	30.346.394,80
Var. Real (%)			

Fuente: Elaboración propia con datos del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Chiapas, 2009. Para deflacta se utilizó el INPC, fin de periodo 2007(125,564) 2008 (133,761) y 2009\* (139,817) para último es retomado del primer trimestre del mismo año.

En los subprogramas que no son diferenciados (para hombres y mujeres), se observa un descenso del presupuesto en el programa de diabetes mellitus y una disminución aún mayor en el programa de riesgo cardiovascular.

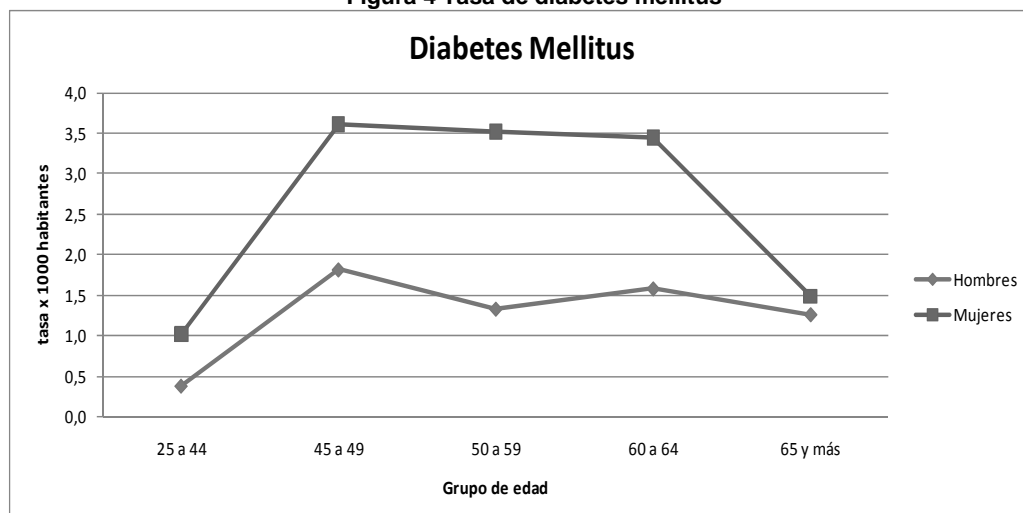
**Cuadro X .- Subprogramas indistintos para hombres y mujeres**

Programas	2007	2008	2009*
<b>Envejecimiento y Diabetes mellitus</b>	1.250.400,24	20.842.557,40	18.730.546,45
<b>Var. Real (%)</b>		1.566,87	-10,13
<b>Riesgo cardiovascular</b>	0,00	19.920.322,96	11.702.666,92
<b>Var. Real (%)</b>		-	-41,25

Fuente: Elaboración propia con datos del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Chiapas, 2009. Para deflacta se utilizó el INPC, fin de periodo 2007(125,564) 2008 (133,761) y 2009\* (139,817) para último es retomado del primer trimestre del mismo año.

Como se puede observar en la figura 4, la frecuencia de diabetes mellitus tipo II es mayor en las mujeres que en los hombres; de mil habitantes entre 45 a 49 años de edad hay 3.5 casos de diabetes entre las mujeres y casi 2 casos entre los hombres. La discordancia entre la mayor morbilidad por esta causa en las mujeres y el crecimiento de las tasas en la población mexicana, especialmente en la más pobre, permite inferir que la población vulnerable a la que se dirige especialmente el Seguro Popular en salud, será afectada en gran medida. El mayor impacto será sobre las mujeres que padecen con mayor frecuencia, enfermedades crónicas como la señalada. Una política en salud más equitativa en términos de género, debería por ejemplo, otorgar mayor presupuesto a aquellos programas en los que las mujeres están sobre-representadas por su alta morbilidad y mortalidad. Adicionalmente, las asignaciones de los recursos se invisibilizan en cuanto a la morbilidad específica que se atiende, enmascarando las diferencias de género en la morbilidad y necesidades de atención. En este caso, por ejemplo, se agrupan en el subprograma de envejecimiento. Se requeriría por tanto, una asignación más explícita para atender los problemas de salud más frecuentes en las mujeres.

Figura 4 Tasa de diabetes mellitus



Fuente: elaboración propia con base a SUVE, 2007.

Las principales deducciones e inferencias para el análisis desde la perspectiva de género del gasto realizado, como se ha venido señalando, es a partir del gasto realizado que no es visible, pero que puede convertirse en hipótesis sobre las relaciones de género que el proyecto oculta o no visibiliza; ya que esta fue la única información que se obtuvo, sin embargo nos quedamos con interrogantes que forman elementos claves para proporcionar inferencias con relación al análisis de género, tales como: ¿Cuál fue el acceso y el control que tuvieron los hombres y las mujeres en el uso de los recursos y beneficios incluidos en las metas? ¿Cuáles fueron las oportunidades o limitaciones que permitieron la llegada o no de los recursos a hombres y mujeres? ¿Se ven las necesidades e intereses de las mujeres en el presupuesto? Estas interrogantes que no se pueden resolver fácilmente, puesto que a pesar de que han transcurrido ya 15 años de haber hecho el compromiso a nivel internacional de introducir la perspectiva de género en las políticas de salud pública, no se ha avanzado en el acceso a la información desglosada por sexo. Por ello, este análisis sólo marca algunas inferencias a partir de variables de gasto de los subprogramas año por año y analizando por sus objetivos y tasas de variación entre los mismos años de estudio.

En suma la focalización del gasto en los subprogramas analizados se presenta

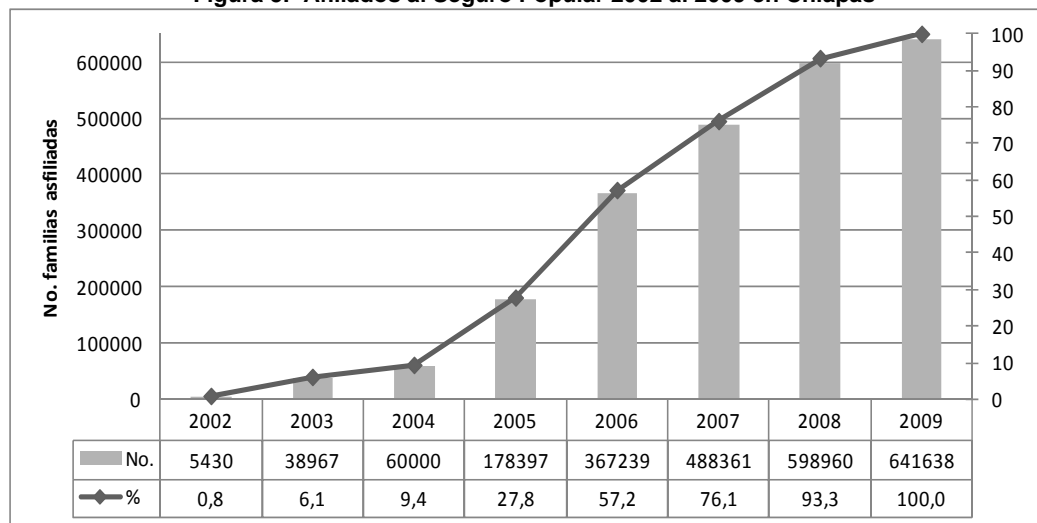
de manera disyuntiva porque las tasas de variación son negativas, con un mayor impacto potencial en las mujeres debido a que registran mayor morbilidad por estas causas. Esto refuerza la hipótesis de que alcanzar a introducir la perspectiva de género requiere de un mayor esfuerzo de las instituciones encargadas de la asignación como de la ejecución.

#### 4.4.- Afiliados al Seguro Popular en Chiapas

Como último paso de la metodología se presenta un estudio situacional de los afiliados al Seguro Popular para contextualizar a la población.

Las familias afiliadas han incrementado año con año, tal como se puede observar en la figura 5. Para el año 2009 existían 641,638 familias afiliadas que son 20,212,38 habitantes, los cuales representan el 47 por ciento de la población del estado de Chiapas y el 67 por ciento de la población sin seguridad social del Estado. De esta población afiliada el 53 por ciento son mujeres y el 47 por ciento son hombres, de los cuales hay 171,183 (8.5 por ciento) menores de cuatro años (RPSS, 2009).

Figura 5.- Afiliados al Seguro Popular 2002 al 2009 en Chiapas

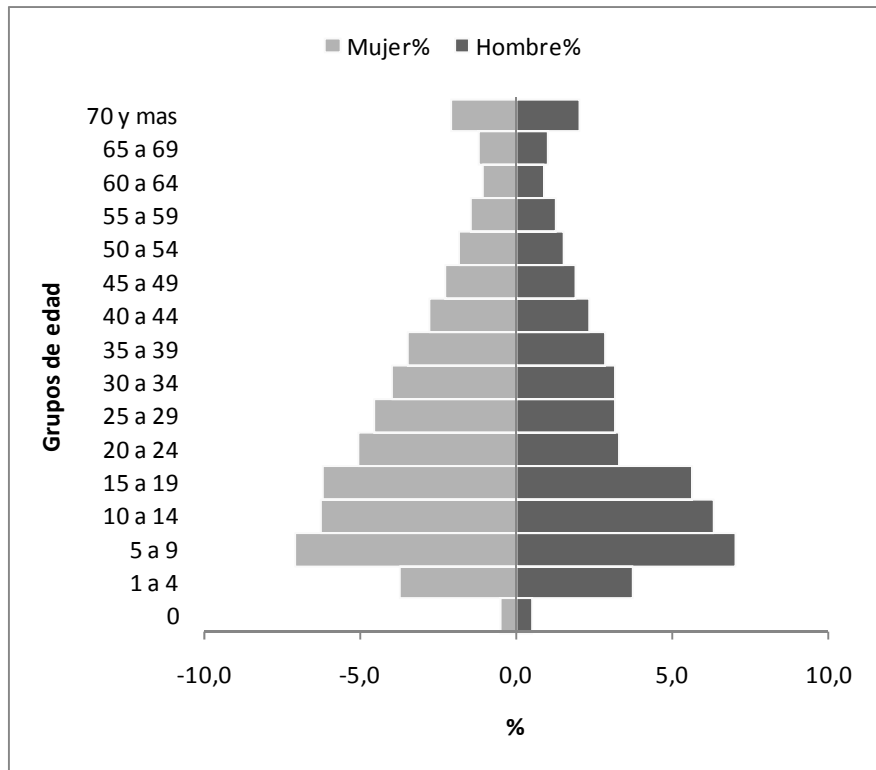


Fuente: Elaboración propia con base en los datos proporcionados por el Régimen Estatal del Seguro Popular

En cuanto a la estructura poblacional de los afiliados al Seguro Popular, se puede ver que existe un mayor número de mujeres afiliadas (a partir de 20 años de edad en

adelante) si se contrasta con los hombres afiliados de esos grupos de edad. Esto se debe a que los afiliados al programa Oportunidades pasaron a ser afiliados al Seguro Popular.

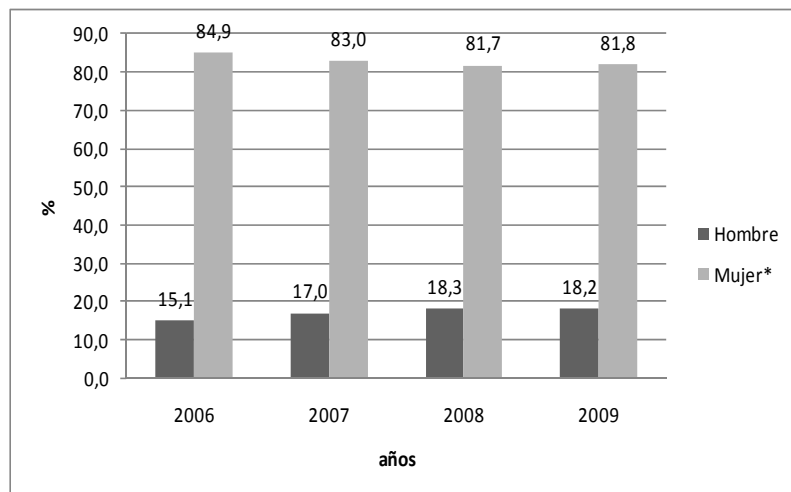
**Figura 6.- Pirámide de afiliados al Seguro Popular en el estado de Chiapas**



Fuente: Elaboracion propia con base a los datos de los afiliados al Seguro Popular 2009

Del total de titulares de las familias afiliadas, 82 por ciento son mujeres y el 18 por ciento, hombres.

**Figura 7.-Titulares del seguro popular desagregados por sexo**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos proporcionados por el Régimen Estatal del Seguro Popular.

Esto puede deberse a que la mayor parte de la población afiliada pertenecía al programa Oportunidades, en el cual 100 por ciento de las titulares son mujeres (figura 7).

Oportunidades es un programa integral destinado a la población en extrema pobreza, que padece los más altos índices de desnutrición, enfermedades básicas curables y deserción escolar. El Programa opera a nivel nacional, en más de 92 mil localidades, en los municipios de mayor marginación, en áreas rurales, urbanas y grandes metrópolis. Se beneficia a 5 millones de familias, es decir, 25 millones de mexicanos, cuarta parte de la población nacional.

Este programa contempla ocho modalidades:

- 1.- Recursos para mujeres, madres de familia, para el ingreso familiar y una mejor alimentación.
- 2.- Becas para niños y jóvenes, a partir de tercero de primaria y hasta el último grado de educación media superior.
- 3.- Fondo de ahorro para jóvenes que concluyen su educación media superior.
- 4.- Apoyo para útiles escolares.

- 5.- Paquete de servicios médicos y sesiones educativas para la salud.
- 6.- Complementos alimenticios a niños y niñas entre 6 y 23 meses y con desnutrición entre los 2 y 5 años. También a las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.
- 7.- Apoyo de \$540 bimestrales adicionales por cada adulto mayor, en localidades mayores de 10 mil habitantes.
- 8.- Apoyo adicional de \$100 bimestrales para el consumo energético de cada hogar

**Cuadro XI.- Afiliados del Seguro Popular con y sin Oportunidades**

Años de afiliación	OPORTUNIDADES	SIN OPORTUNIDADES	Total
<b>2002 (1534)</b>	25,3	74,7	100,0
<b>2003 (17970)</b>	33,9	66,1	100,0
<b>2004 (12714)</b>	8,8	91,2	100,0
<b>2005 (118181)</b>	38,5	61,5	100,0
<b>2006 (230016)</b>	53,1	46,9	100,0
<b>2007 (55598)</b>	78,8	21,2	100,0
<b>2008 (14244)</b>	71,1	28,9	100,0
<b>2009 (63081)</b>	85,8	14,2	100,0
<b>Total (641638)</b>	58,4	41,6	100,0

Fuente: Elaboración propia con base en los datos proporcionados por el Régimen Estatal del Seguro Popular.

Respecto a la escolaridad de la población afiliada, 38 por ciento no cuenta con educación primaria, por lo tanto no sabe leer ni escribir; sólo el 37.1 por ciento sí cuenta con esta educación. En este sentido, se aprecia claramente que el programa efectivamente está incorporando a la población más desprotegida socialmente, a la vez que no se ven diferencias significativas entre hombres y mujeres, como se observa en el cuadro XII.

**Cuadro XII.- Grado escolar de los titulares del Seguro Popular**

Años de afiliación	Sin escolaridad	Primaria						secundaria			Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>2002 (1534)</b>	25,9	5,4	7,7	28,4	3,8	4,1	23,4	0,0	0,0	1,3	100,0
<b>2003 (17970)</b>	27,2	3,4	9,9	21,8	5,7	3,7	27,0	0,0	0,0	1,4	100,0
<b>2004 (12714)</b>	84,3	0,7	1,6	5,3	0,8	0,7	3,3	0,0	0,0	3,4	100,0
<b>2005 (118181)</b>	33,4	4,9	9,4	25,0	4,5	3,5	18,9	0,0	0,0	0,5	100,0
<b>2006 (230016)</b>	38,5	4,1	8,3	22,0	4,9	3,7	18,5	0,0	0,0	0,0	100,0
<b>2007 (55598)</b>	37,6	2,9	6,1	22,6	4,2	3,4	23,2	0,0	0,0	0,0	100,0
<b>2008 (142544)</b>	35,7	3,4	6,5	23,6	4,0	3,6	23,0	0,0	0,0	0,0	100,0
<b>2009 (63081)</b>	35,4	4,1	7,3	26,0	4,0	3,3	20,0	0,0	0,0	0,0	100,0
<b>Total (641638)</b>	37,1	3,9	7,7	23,0	4,4	3,5	20,1	0,0	0,0	0,2	100,0

Fuente: Elaboración propia con base en los datos proporcionados por el Régimen Estatal del Seguro Popular.

En cuanto a las condiciones de las viviendas de los afiliados, 41.4 por ciento dice tener piso de tierra y el 27 por ciento vivir en casas independientes. Estos indicadores son retomados del cuestionario socioeconómico que se aplica a cada familia para colocarlos en los deciles de ingreso; por ello la población tiende a dejar vacíos los cuestionarios o en algunos mentir, por temor a que se les coloque en un decil mayor a tres en donde ya tienen que pagar una cuota para recibir atención médica.

**Cuadro XIII.- Condiciones de piso de los afiliados por año de afiliación**

Años de afiliación	Tierra	Piso	Mosaico	Total
2002 (1534)	61,6	15,0	23,4	100,0
2003 (17970)	34,7	42,3	23,0	100,0
2004 (12714)	88,8	7,3	4,0	100,0
2005 (118181)	53,0	28,4	18,7	100,0
2006 (230016)	50,4	35,0	14,6	100,0
2007 (55598)	25,3	47,3	27,4	100,0
2008 (14244)	30,8	42,2	27,1	100,0
2009 (63081)	17,2	44,3	38,5	100,0
<b>Total (641638)</b>	<b>41,4</b>	<b>37,0</b>	<b>21,6</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia con base en los datos proporcionados por el Régimen Estatal del Seguro Popular.

#### **4.5.- Discusión**

Los acuerdos internacionales con respecto a la equidad de género en salud, como se ha podido señalar, aún no han respondido a esas necesidades planteadas. Por ejemplo, en la conferencia de Cairo (1994) y Beijing (1994) se retomaron tres temas de vital importancia para las mujeres: la maternidad sin riesgo y la prevención del aborto practicado en malas condiciones, el aumento de la participación y la responsabilidad masculina en la salud. Los subprogramas de salud pública que se manejan dentro del Seguro Popular están trabajando con el discurso en torno a estos temas, pero en realidad cuentan con poco presupuesto, el cual tiende a reducirse.

Un aspecto importante en estas estrategias para lograr la introducción del enfoque de género es lograr la transparencia y la rendición de cuentas; como se pudo observar a lo largo del trabajo, esta tarea aún está muy lejos de ser lograda, ya que aún en el 2009 todavía no se puede tener acceso a la distribución de los montos presupuestados para los subprogramas de salud pública.



Así, dentro del Seguro Popular se ha planteado el eje de equidad de género; sin embargo, en el estado de Chiapas la atención que se brinda con este programa ha dado pocos frutos en materia de equidad enfocada a la rendición de cuentas, ya que el acceso a la información tanto presupuestal y epidemiológica es muy limitada. Por ello el sistema de Seguro Popular opera en un sistema mercantilista; es decir, que sólo es un organismo que gestiona los recursos para la institución prestadora del servicio, en este caso la Secretaría de Salud, la cual, como se pudo identificar en el trabajo de campo en estas dos instancias, están totalmente desvinculadas con el área de atención en salud; tal como se refleja en las diferencias entre la situación de las tasas de morbilidad del estado de Chiapas con las asignaciones del presupuesto que realiza el Seguro Popular.

Los gobiernos, por sí solos, pueden hacer mucho para mejorar la rendición de cuentas, a través de acciones como: el fortalecimiento de la vigilancia y la supervisión “desde arriba”, la profesionalización de los servidores públicos a través de reformas de servicio civil, el empoderamiento de vigilantes y contralores internos, el establecimiento de lineamientos básicos de desempeño y la creación de nuevas agencias supervisoras independientes. Sin embargo, la reforma orientada a la rendición de cuentas es mucho más efectiva cuando los actores sociales llevan la batuta en el proceso (Ackerman y Sandoval, 2009:6), que en este caso, es el menos tomado en cuenta.

Las condiciones de salud de hombres y mujeres se ven desfavorecidas, puesto que no se atienden de forma equitativa. Asimismo, el manejo de la información presupuestal y epidemiológica no es evidenciada con el fin de mejorar las políticas de salud tanto para hombres como para mujeres.

Otro punto que se puede poner en discusión son los objetivos del Seguro Popular que, como bien se señala, es para todas las personas que no tienen ningún tipo de seguridad social y, por tanto, está enfocado a esta población. La focalización en términos de políticas puede traducirse en el Seguro Popular como el resultado de la universalidad, es decir que toda la población no derechohabiente tiene que afiliarse al Seguro Popular para acceder a los servicios de salud y con ello evitar el

empobrecimiento por gastos. Con esto se pretendía que la población pudiera mantener su seguro médico a muy bajo costo, pero resulta que de la población afiliada al Seguro Popular, 99 por ciento es de bajos recursos, por lo cual, no paga ninguna cuota. Así, el seguro se tiene que mantener de los recursos proporcionados por los gobiernos federal y estatal. En el 2010 tiene que afiliar el 33% de la población del estado de Chiapas que aún no cuenta con ningún tipo de seguridad en salud.

La disminución del presupuesto asignado a los diferentes subprogramas del Seguro Popular, frente a un incremento en el número de afiliados, no sólo no podrá hacer frente a las necesidades de atención de la población asegurada, sino que impactará negativamente en la atención del subgrupo de población que más atención requiere: las mujeres. Por estas razones, difícilmente la focalización en términos de presupuesto en el caso de la experiencia del Seguro Popular podrá garantizar una atención adecuada para toda la población sin seguridad social, ya que no toma en cuenta las características de la población blanco. La operación del Seguro Popular, incluyendo su presupuesto, ponen en evidencia la falta de incorporación de la perspectiva de género en la búsqueda de la equidad en salud, puesto que debería no solamente incrementar su presupuesto en general, sino especialmente a aquellos subprogramas que atienden enfermedades que son más frecuentes en las mujeres.

La salud es un aspecto central del desarrollo y un componente básico del desarrollo y bienestar humanos, pero solamente puede alcanzarse bajo la premisa de la equidad. Para disminuir la inequidad de género en salud, se requiere pensar en las condiciones y necesidades reales de las mujeres, así como en el tipo de relaciones que se requieren entre la sociedad y el Estado para disminuir de manera efectiva la inequidad de género. El enfoque GED podría ayudar a hilar relaciones de poder entre las instituciones involucradas y las mujeres, para dejar de verlas como objeto del desarrollo.

## **CAPÍTULO 5.-**

### **CONCLUSIONES**

1.- El hecho de que más del 80% de las titulares del Seguro Popular son mujeres, indica que este programa se encuentra inserto en el discurso de Mujeres en el Desarrollo (MED), al seguir responsabilizando a las mujeres (pobres) de la salud de las familias, además de que es apenas a partir del 2007 que se le comienza a asignar presupuesto a algunos subprogramas que están catalogados con contenidos de género, sin que se hayan encontrado evidencias de que se aborden desde el enfoque de género. Así, esto no es más que un traslado del esquema manejado en el Programa de Oportunidades al de Seguro Popular.

2.- El esquema focalizado, bajo el cual opera el Seguro Popular, aunque pretende ser protección a la salud y universal para la población no derechohabiente, por sus características de diseño y operación, difícilmente logrará atender con calidad a la población afiliada. De hecho, como se documentó en este estudio, existe una importante reducción del presupuesto. Además, la asignación de recursos de forma generalizada oculta las mayores necesidades de atención de las mujeres, lo cual dista de corresponder con la propuesta de equidad del enfoque de género en salud.

3.- El Seguro Popular en su planteamiento toma como su primicia el derecho a la salud para toda la población, con rango constitucional en nuestro país y considerado un derecho humano universal e inalienable; sin embargo, además de su falta de originalidad, no solamente no atiende al cumplimiento de la universalidad de la atención de la salud en regiones como Chiapas, sino que perpetúa el círculo de pobreza-enfermedad porque focaliza el gasto hacia los más necesitados bajo un esquema muy acotado de padecimientos, denotándose además la actitud asistencialista del gobierno federal al cubrir casi en su totalidad el pago de la cuota familiar correspondiente a los afiliados del estado de Chiapas.

4.- Uno de los objetivos del Seguro Popular a nivel nacional es crear la cultura del prepago en los afiliados, pero en el estado de Chiapas el 99 por ciento de su

población se encuentra en los primeros dos deciles de ingreso (los más pobres), observable a través de los indicadores de nivel de escolaridad y condiciones de la vivienda, tomado en cuenta que 4 de cada 10 habitantes del estado de Chiapas están afiliados al Seguro Popular. Ante este panorama el programa necesita crear una estrategia para poder mantenerse, ya que su objetivo de ser autosuficiente está muy lejos. Aun cuando se cumpliera con la meta de afiliación en pocos años, (el 100% de la población no derechohabiente, –en el 2009 apenas alcanzaron un 63%) no se estaría en condiciones materiales de dar una buena atención.

5.- De acuerdo con el seguimiento de los subprogramas de género y salud en el Seguro Popular, existe una enajenación de lo que es género, puesto que lo manejan como un simple programa de salud pública, sin tener una estrategia clara de cómo abordar la salud desde el enfoque de género.

## 6.-BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman John M. (2006) Estructura Institucional para la Rendición de Cuentas: Lecciones Internacionales y Reformas Futuras. Serie: Cultura de la Rendición de Cuentas. ISBN-968-5500. D.R. © Auditoría Superior de la Federación. México, D.F p. 58
- Adelstal, Ch. (1998), *Workshop on Mainstreaming a Gender Perspective into Government Budgets* SIDA, p.3-98.
- Aguilar Villanueva, Luis. (1996), *Antologías El estudio de las Políticas Públicas*, Porrúa, Vol. 1.México.
- Basaglia, F. (1986), *Una voz: reflexiones sobre la mujer*. UAP. México. Consejo Nacional de Población.
- \_\_\_\_\_ "Demandas de Salud específicas para mujeres". México: 2000, Agosto 28 URL <http://www.conapo.org.mx/> Prensa/boletin2000/agosto3htm [Consulado el 1° de Marzo de 2005]
- Breilh, J. (1988), *Epidemiología. Economía. Medicina y Política*, Fontanamara, México.
- Braveman P. (1998) Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low-and-middle income countries. Geneva: WHO; (Doc. WHO/CHS/HSS/98.1).
- Budlender, D. (1999a) "The South African Women's Budget Initiative", research presented in *Pro-Poor, Gender- and Environment-Sensitive Budgets*. N. Y., Jun pp. 28-30.
- \_\_\_\_\_ (1999b) "The South African Women's Budget Initiative", research presented in *Women and Political Participation:21 Century Challenges*, Nueva Delhi, March.
- Candia, José Miguel, 1998. Exclusión y pobreza: focalización de las políticas sociales. En Nueva Sociedad. No. 156 julio-agosto. Pp. 116-126.
- Centro de Análisis e Investigación (2000), *El ABC del Presupuesto de Egresos de la Federación: retos y espacios de acción*, FUNDAR, México.
- Coordinación General del Programa IMSS–Oportunidades. 2003. En:

[www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7709ADC4-3997-4571-AD1B-01B0F9254AF/0/CapituloVIII2004.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7709ADC4-3997-4571-AD1B-01B0F9254AF/0/CapituloVIII2004.pdf) [Consultado: 13 de marzo del 2008]

CIEPAC (Centro de Investigaciones Económicas y Políticas de Acción Comunitaria), 2001. En [www.ciepac.org](http://www.ciepac.org).

Concejo Nacional de Población, 2007. Informe estadístico de Chiapas 2005.

Consejo Nacional del Sistema de Protección Social en Salud, 2006. Informe del Seguro Popular a Nivel Nacional 2006. Secretaría de Salud.

De los Ríos, Rebecca. "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción", en: *Género, mujer y salud en las Américas*. (Publicación científica No. 541). Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1993. p. 11

DeShazo JP, Karras BT. (2007) Online Behavior Automated Analysis and Surveillance. Tool for STI/HIV. AMIA Annu Symp Proc. Oct 11:933

Espinosa, G y Paz L. (2000), "Hacia un Enfoque de Género en la Salud Reproductiva", presentada en el *Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población*, México.

Espinosa, Natalie (2004), *Análisis de la financiación sanitaria en Venezuela: estudio empírico para la obtención del índice de necesidad regional*, Tesis doctoral, Universidad Pública de Navarra, Departamento de Economía de Pamplona, España.

El Universal (2007), Nuevo concepto en salud, Jueves 29 de noviembre de 2007. En: <http://www.eluniversal.com.mx/articulos/44136.html>. [Consultado el 30 de mayo del 2008].

Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Publica Mex* ;49 1:S23-S36.

Gómez, Elsa. *Género, mujer y salud en las Américas*. (Publicación científica No. 541), Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1993. p. X.

González, E. (2007), "Enfoques sobre el futuro de la protección social en salud en

México”, en: *Foro Internacional sobre Políticas Públicas para el Desarrollo de México*, México, 7 de febrero de 2007, pp. 1-12

Hofbauer, H., Lara, G. y Martínez, B. (2002), “El derecho a la salud. Un Derecho Social no un privilegio”, FUNDAR, en: <http://www.fundar.org.mx/secciones/publicaciones/pdf/doc-lasaluduunderechonounprivilegio.pdf> [Consultado el 4 de junio de 2009]

Instituto Nacional de las Mujeres 2008. Glosario de Género. Gobierno Federal. p 189

Instituto Nacional de Información de Población y Vivienda 2000

Instituto Nacional de Información de Población y Vivienda 2005

Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) Dirección de Servicios de Salud Reproductiva (2002), “Mortalidad Materna Medidas de Intervención”. Ponencia presentada por Latournerie, Emilio en el Taller sobre *La Muerte Materna en Chiapas, un problema social e institucional*, celebrado en El Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México, 27 de junio.

Kauffer, Edith, 2004. “Género y políticas públicas: ¿Es posible superar las discrepancias?”, Ponencia presentada en *II Congreso Latinoamericano de Ciencias Políticas*, México, pp. 1-20.

Knaul, F., Arreola H., Méndez O. y Martínez A. (2005), “Justicia Financiera y Gastos Catastróficos en Salud: impacto del Seguro Popular en México”. En: *Salud Pública en México*, año/Vol. 47, núm. 1, pp. S54-S65.

Lamas, Martha (1995) “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género”, en: *La ventana: revista de estudios de género* I.

Leal, Gustavo (2005), “Es fraude que no es ‘seguro’ ni mucho menos ‘popular’, cinco grandes cuestionamientos”. En: *Reportes de investigación Universidad Autónoma Metropolitana*, México, p 21.

Ley de Salud de (1984).

López Portillo Vargas, Ernesto y Ernesto Cárdenas Villarello (2009). Rendición de cuentas de la policía: Una experiencia de intercambio con la sociedad civil en

México. En: [www.insyde.org.mx](http://www.insyde.org.mx)

- Martínez, Concepción (2002), "El Programa de Ampliación de Cobertura y el Presupuesto Federal. Un acercamiento al Paquete Básico de los Servicios de Salud desde el enfoque de género". En: *Fortaleciendo la incidencia de mujeres líderes en Presupuestos Públicos con enfoque de género*, FUNDAR/Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia, A. C., México
- Maceira L., Alva R. y Rayas L. (2007), "Elementos para el análisis de los procesos de institucionalización del enfoque de género: una guía", *Género, Cultura y Sociedad*, Serie de investigaciones del PIEM, Colmex, México, No. 5, p. 218.
- Matamala, Marisa, Género, Salud y Derechos Sexuales y reproductivos de las mujeres en el en el contexto de la reforma. Boletín Informativo de Ministerio de Salud del Gobierno de Chile.
- Merrick, Tom (2002), "Population and poverty: New Views on an Old Controversy", en: *International Family Planning Perspective* 28 (1) pp. 21-46
- Morris, Janson., 2008. The Possibilities and Limitations of Insurgent Technocratic Reform: Mexico's Popular Health Insurance Program, 2001-2006. Tesis de doctorado. Harvard University, Cambridge, Massachussets. 325p.
- Laurentis, Teresa (1992) Alicia ya no. Feminismo, semiótica, cine. Madrid, Cátedra. S.A.
- Mohanty, Ch., 1991. Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses. In: Mohanty Ch., Russo, A. and Torres, L. eds. *Third World Women and the Politics of Feminism*. Indiana University Press, Bloomington.
- Navarro, Miguel (1998), "Reformas del Sector Salud para la población abierta", en: *Quórum, publicación del Instituto de Investigaciones Legislativas de la Cámara de Diputados*, México, año VII, No. 62, Septiembre-octubre, p. 29 - 41.
- Nussbaum M., 2002. Las mujeres y el desarrollo humano. Barcelona: Herder
- Pérez-López Verónica y Sánchez Geogina (2009) "Estrategias educativas para el cuidado de la salud y la sexualidad en la madurez femenina desde el enfoque de género", en Nazar A. y Cruz, JL, *Sociedades desigualdad en Chiapas: una*



mirada reciente. ECOSUR.

Plan Nacional de Desarrollo: 1994-2000 Ernesto Zedillo.

Plan Nacional de Desarrollo: 2001-2006, Vicente Fox.

Plan Nacional de Desarrollo: 2007-2012 Felipe Calderón.

PNUD. 2009. Informe sobre desarrollo humano por genero 2005. México

Rico B., Troncoso E., López M. (2008), "Políticas públicas en salud, género y mujer", en: *Calidoscopio de salud*, [en línea: [www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/17\\_por\\_ciento20\\_politicas\\_publicas\\_de\\_genero.pdf](http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/17_por_ciento20_politicas_publicas_de_genero.pdf)], 13 octubre. pp. 243-253

Régimen de Protección Social en Salud del Estado de Chiapas 2009. Informe de Presupuesto.

Rojas R., 1985. Capitalismo y enfermedad. México: Folios Ediciones.

Sánchez, D.; Díaz, E.; Freyermuth, G. y Castañeda, M. (2002), *La Mortalidad Materna: Tres Visiones Críticas*, Centro de Análisis e Investigación, A. C. (FUNDAR)/Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población /Centro para los Derechos de la Mujer, México.

Sánchez, Georgina (2006), *Incidencia de la información en salud y sexualidad desde el enfoque de género en la calidad de vida en el climaterio, en tres regiones de México (Estado de México, Veracruz y Chiapas)*, Tesis doctoral, Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina, España.

Sanginés, A. (1990), *Medicina 1990. Liberadora. Teoría método y practica*, Ed. Praxis, México.

Sayavedra, G. y Flores, E. (1997), "Ser Mujer ¿un riesgo para la salud?", en: *Del malestar y el enfermar, al poderío y salud*, Red de Mujeres, A.C., México.

Sayavedra, G.; García, M. y Sánchez G. (2000), "En busca de calidad. Estrategias de las adolescentes, mujeres y mujeres mayores en su salud sexual y reproductiva", en: *Del malestar y el enfermar al poderío y salud*. México: Red de Mujeres, A.C.

Sayavedra, G. (1997), "Fulfilling provider's preferences", en: Hardon, A.; Hayes, E., *Reproductive rights in practice. A feminist report in Quality of Care*, New York: Sage.

Secretaría de Desarrollo Social (2003 y 2007) en: secretaria de social.org.mx

Scott John, (2006) Seguro Popular: Incidence Analysis. Documento de trabajo del Centro de Docencia Económica (CIDE). 32p

Secretaria de Salud (2000) en: secretariadesalud.org.mx

Secretaria de Salud (2008) en: secretariadesalud.org.mx

Secretaría de Gobierno (2001), *Periódico Oficial, Órgano Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Chiapas*, Secretaría de Gobierno, No. 009, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, lunes 01 de enero, pp.11-14.

Sen, G.; Germain, C. y Lincoln, Ch. (1994), *Population Policies Reconsidered, Health, Empowerment, and Rights*. Harvard University Press, (3), pp.125-174.

Con formato: Inglés (Estados Unidos)

Szasz I. (1999), "Género y salud. Propuesta para el análisis en una relación compleja", en: Brofman M, Castro R. (coord.), en: *Salud, cambio social y política. Enfoque desde América Latina*, Instituto Nacional de Salud Pública/internacional forum for Social Sciences in Health/EDAMEX, México, pp.109-121.

Tarrés, Luisa (2006), *Equidad de género y presupuesto público. La experiencia innovadora de Oaxaca*, Ed. Instituto de la Mujer Oaxaqueña, México.

Torres, O.; Freyermuth, G.; De la Torre, C. y Castro, I. (2001), *Las mujeres de Chiapas en el presupuesto de gobierno del 2000*, Instituto de la Mujer/Gobierno del Estado de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

Torres, M. (1977), *Secretaría de Salud y orígenes de los servicios de salud*, CONECULTA, México.

UNHCHR (2000), "Human Rights", *Special Issue on Women's Rights*, Primavera 2000, Office of the High Commissioner for Human Rights, pp. 3 y12.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer. (2000) En:  
<http://www.unifem.org.mx/un/index.php>
- Valadés, Diego (2004), "El Veto Imposible", periódico *Reforma*, 5 de diciembre.
- Valls-Llobet, C. (2006), *Mujeres invisibles para la medicina*. Nuevas ediciones de bolsillo. Barcelona.
- Velasco, S. (2000), *Relaciones de Género y Subjetividad, Métodos para programas de prevención*, Vol. V, Instituto de la Mujer, España.
- Vinay, C., Hofbauer, H. Pérez, L. y Martínez, C., 2001. Mujeres y Pobreza: El presupuesto del Gasto Social Focalizado visto desde la perspectiva de género en Fortaleciendo la incidencia de mujeres líderes en presupuestos públicos con enfoque de género. México: FUNDAR y Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia.
- Willy de Geyndt, 1995. Managing the quality of health care in developing countries. In Wolf Bank Technical paper number 258. Washington, D.C
- Whitehead Margaret. The concepts and principles of equity. Copenhagen: WHO;1991

## 7.- ANEXOS

### 7.1.- Programas de Salud Pública del Plan Nacional de Desarrollo

**Cuadro XIV.- Programas de Salud Pública incluidos en el Seguro Popular para Chiapas**

<i>Programas de Salud Pública</i>	
Incluidos	Prevención y tratamiento de las adicciones
	Envejecimiento y Diabetes mellitas
	Riesgo cardiovascular
	Desarrollar acciones integrales para la salud de la infancia
	Cáncer de mama
	Cáncer Cérvico Uterino
	Arranque parejo en la vida (Salud Materna)
	Enfermedades Transmitidas por vector (Dengue)
	Enfermedades Transmitidas por vector (Paludismo)
	Enfermedades Transmitidas por vector (Oncocercosis)
	Tuberculosis y lepra
	Promoción a la salud, una nueva cultura
	Salud reproductiva (incluye anticoncepción)
	Prevención y atención a la violencia familiar y de género
	Rabia y otras zoonosis
	Salud bucal
	Prevención y control del cólera
	Influenza
	Prevención y control del Tracoma
	Prevención y control del SIDA y otras ITS
	Desarrollar el sistema de vigilancia epidemiológica
	Laboratorio Estatal de Salud Pública y unidades médicas (detección oportuna)
	Excluidos
Atención integral a las personas con discapacidad	
Igualdad de género en salud	
Vete sano, regresa sano	
Seguridad vial	
Urgencias epidemiológicas y desastres	
Escuela y salud	
Entornos y comunidades saludables	
Enfermedades Transmitidas por vector (Leishmaniasis)	
Enfermedades Transmitidas por vector (Chagas)	

#### **Diabetes Mellitus y Envejecimiento**

La diabetes mellitus es una de las principales causas de muerte a nivel nacional. Afecta con mayor intensidad a los grupos de población de escasos recursos y poblaciones vulnerables. En México se presentan 60 mil muertes cada año y 400,000 casos nuevos (debido, sobre todo a los cambios en los hábitos alimenticios y al sedentarismo creciente). Por tanto, el objetivo del programa de Diabetes Mellitus es retrasar la aparición de esta enfermedad y sus complicaciones; así como elevar la calidad de vida mediante intervenciones de costo-efectividad dirigidas a los

determinantes y su entorno. La meta es reducir en un 20 por ciento la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes, con base a la tendencia de 1995-2006.

Por otro lado, ya que los recursos destinados al programa Envejecimiento se concentran en diabetes, los dos programas son trabajados como uno solo<sup>11</sup>. Para entender la pertinencia de este último programa es necesario tomar en cuenta que en el país, la esperanza de vida de las mujeres (77.6 años) es superior, en cinco años, a la de los varones (73.1 años); además el promedio general de envejecimiento demográfico en México de 75.3 años, no es reversible, pues los adultos mayores del mañana ya nacieron en la generación más numerosa: entre 1960 y 1980. Así, las enfermedades crónicas no transmisibles aumentan en los adultos mayores y con ello la necesidad de darles atención adecuada. El objetivo de Envejecimiento es desarrollar un diagnóstico situacional de los adultos mayores para implementar modelos de atención que promueven el envejecimiento activo saludable, mediante intervenciones basadas en evidencias científicas.

### **Riesgo Cardiovascular**

Afecta principalmente a la población de mayor edad, pero hoy en día casi la mitad de las muertes por esta enfermedad se produce, de manera prematura, en personas menores de 70 años y la cuarta parte corresponde a menores de 60 años. En los países de ingresos bajos y medios, los adultos mayores son especialmente vulnerables a las ECNT. El objetivo del programa Riesgo Cardiovascular es prevenir y contrarrestar la aparición de riesgos cardiovasculares y sus complicaciones, así como el aumentar el número de años de vida mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas.

### **Prevención de la mortalidad infantil**

La mortalidad infantil sigue siendo una problemática mundial de salud. Por ello, el Programa tiene la estrategia de fortalecer las acciones de vacunación, mejorar el conocimiento de la población sobre el manejo de las enfermedades diarreicas y las

---

<sup>11</sup> Con base a la entrevista realizada al contador Jesús Thomas, encargado de la administración de los recursos en el RPSS, mencionó que, por órdenes oficiales de la Secretaría de Salud del estado, el programa de diabetes y envejecimientos, por su similitud, se vuelve uno.

infecciones respiratorias agudas; promover la conducta de la alimentación, para reducir la desnutrición en estos grupos de edad, y el concepto de sexualidad responsable entre los adolescentes para reducir la tasa embarazo no deseado entre estos grupos de población; así como difundir en el personal de salud los conceptos básicos necesarios para realizar diagnósticos oportunos de los casos de cáncer en la población pediátrica. A manera de referencia para medir los avances en esta materia, se hace uso del Índice de Desarrollo Humano, una medida diseñada por el programa de las Naciones Unidas, cuya construcción se basa en la esperanza de vida al nacimiento, la educación y el ingreso *per cápita*. El objetivo es, para el 2012, reducir la MI en un 25 por ciento con relación a la tasa del 2006, y reducir en un 40 por ciento la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano con respecto al 2006.

### **Cáncer de mama**

Los cambios de vida reproductiva y los estilos de alimentación, constituyen factores de riesgos relacionados con el cáncer de mama. A pesar de los avances oncológicos modernos, el cáncer es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer, con un millón de nuevos casos en el mundo. En México, las mujeres de 25 años de edad o más, ocupan el primer lugar con causa de muerte por neoplasia maligna y por cáncer. El objetivo del programa es, por lo tanto, disminuir el crecimiento de la mortalidad por cáncer de mama, a través de diagnósticos oportunos, tamizaje, tratamiento y control del padecimiento.

### **Cáncer cérvico-uterino**

Es uno de los problemas de salud prioritarios no por la alta magnitud, sino porque el 100 por ciento es prevenible. En el mundo, este padecimiento provoca la muerte de 274,000 mujeres cada año. Afecta principalmente a mujeres pobres y vulnerables. El objetivo es disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico-uterino, a través del diagnóstico, tratamiento y control de padecimientos; así como la participación responsable de los encargados de salud. Se pretende alcanzar una cobertura de 85 por ciento de tamizaje entre 25-34 años de edad.

### **Arranque Parejo en la Vida**

La salud materno-infantil constituye uno de los objetivos básicos de desarrollo, porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano. Construyendo un elemento clave para reducir las desigualdades y pobreza. Este programa ha sido diseñado para contribuir a ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres para cursar el embarazo, parto y puerperio. La mortalidad materna es, sin duda, el indicador que refleja las discapacidades entre grupos sociales de regiones y países. Por ejemplo, las diferencias entre los países desarrollados y en desarrollo, en materia de mortalidad materna, es 10 veces más y las discrepancias ascienden a 100 veces. La meta del milenio es reducir el 75 por ciento de la mortalidad materna. Por ello, el objetivo es brindar información y servicios de salud de calidad a las mujeres mexicanas, para garantizar un embarazo saludable y sin complicaciones. Así mismo, igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todos los niños y niñas, desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.

### **Planificación Familiar y Anticoncepción.**

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994 (CIPD), transformó la agenda de las iniciativas internacionales sobre salud reproductiva, reedificó la planificación familiar como un elemento de los servicios de salud reproductiva integral, donde se contempla a la salud en un contexto más amplio y se reconoce la importancia de la equidad, el respeto y ejercicio de los derechos reproductivos. El objetivo del programa es contribuir a que la población mexicana disfrute de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgo; mediante servicios de calidad para una planificación familiar y anticoncepción, con absoluto respeto de sus derechos y decisiones, con una perspectiva de género.

### **Prevención y control del VIH y otras ITS**

A nivel mundial se estima que en el 2007 vivían 33.2 millones de personas con VIH. Anualmente se calculan 2.5 millones de nuevas infecciones y 2.1 de defunciones causadas por este padecimiento. Así, el objetivo del Programa es disminuir el

crecimiento y efecto de la epidemia de VIH y otras ITS en el país, a través del fortalecimiento de la respuesta y experiencia acumulada de todos los sectores, que permitan el acceso de todas las personas, incluyendo a las poblaciones claves, a servicios de prevención y atención para incrementar sus capacidades en el autocuidado de la salud sexual.

### **Vigilancia epidemiológica**

Las funciones de sanidad y asistencia pública en México se institucionalizaron como responsabilidades de Estado a partir de la década de los cuarenta del siglo XX. De esta manera, se pretende generar y posicionar información integral epidemiológica relevante para la toma de decisiones, para la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades; así como promover el mejoramiento de la gestión y calidad técnica del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica SINAVE.

### **Salud Bucal**

La interrelación entre salud bucal y general ha sido probada con evidencias científicas. La enfermedad periodontal severa tiene una asignación sinérgica con la diabetes. El objetivo se ha reorientado, según la nueva estrategia, a la prevención de enfermedades y promoción de la salud. El mayor énfasis se aplica en el desarrollo de las políticas para la promoción de la salud bucal y la prevención de las enfermedades bucales, coordinadas con otros programas prioritarios dentro y fuera del sector.

### **Una nueva cultura**

El país ha alcanzado importantes logros en salud y desarrollo social, sin embargo, aún enfrenta serios riesgos y complejos desafíos, encontrándose en una coyuntura decisiva. Es preciso crear una nueva cultura a través de las funciones de promoción a la salud, que modifiquen los determinantes para contribuir a la disminución de los padecimientos prioritarios de salud pública.

### **Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes**



La adolescencia, es el periodo del desarrollo humano que se ubica entre finales de la infancia y el inicio de la edad adulta. La población adolescente en México se ha incrementado sustancialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, representando, en la actualidad, la quinta parte de la población. El objetivo del programa es contribuir al desarrollo y bienestar de las y los adolescentes, mejorando su salud sexual y reproductiva, disminuyendo los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, superando las inequidades sociales y de género, y promoviendo el respeto y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

### **Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género**

La violencia es un fenómeno global. Todos los grupos humanos, en diferentes contextos geográficos, políticos y culturales, viven eventos de violencia de distinta frecuencia y severidad. El uso de violencia es motivo de preocupación social, por eso se rechaza la guerra, el genocidio, el homicidio y el terrorismo. Por su parte, el desarrollo de las políticas públicas para la prevención y atención de la violencia de género; promovido sobre todo por organizaciones de la sociedad civil, en particular el movimiento de mujeres de los 60s, es muy reciente. En México se inicia en los 70s. El objetivo de dichas políticas es reducir la prevalencia y severidad de los daños a la salud causados por la violencia contra las mujeres, con particular énfasis entre aquellas que se encuentran en situaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad.

### **Igualdad de Género en Salud**

La Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNESR), tiene como eje prioritario erradicar las desigualdades sociales de género e intergeneracionales que limitan las capacidades y oportunidades de las personas. El objetivo general del programa de igualdad de género en salud es avanzar hacia la igualdad de oportunidades y el respeto del derecho a la protección de la salud, tomando en cuenta las diferencias biológicas entre mujeres y hombres; así como las desigualdades derivadas del sistema tradicional de género. Todo esto para reducir el impacto nocivo sobre la salud de las mujeres y hombres, determinado por los roles, estereotipos y relaciones de

desigualdad de género. La perspectiva es lograr la transversalidad de género en los programas y acciones de salud en la prevención y atención de causas prioritarias de enfermedades, discapacidades y muertes.

## 7.2.- Cobertura del Seguro Popular por municipio y región del estado de Chiapas 2009

**Cuadro XV.- Cobertura de las regiones Centro y Altos**

Región	Municipio	Pob.total (INEGI 2000)	Pob. Sin seguridad (INEGI 2000)	Pob. Afiliada al Seguro Popular del primer bimestre del 2009	% Pob. Afiliada al Seguro Popular
Centro	ACALA	24754	20370	15417	75,7
Centro	BERRIOZABAL	28732	22421	12844	57,3
Centro	CHIAPA DE CORZO	60620	44530	33128	74,4
Centro	CHIAPILLA	5242	4915	4229	86,0
Centro	CHICOASEN	4345	3267	847	25,9
Centro	CINTALAPA	64004	51864	29018	56,0
Centro	COAPILLA	7217	6809	3279	48,2
Centro	COPAINALA	19298	17197	12672	73,7
Centro	IXTAPA	18533	16193	10218	63,1
Centro	JIQUIPILAS	34946	28162	17180	61,0
Centro	NICOLAS RUIZ	3135	ND	2573	-
Centro	OCOTEPEC	9271	9014	6478	71,9
Centro	OCZOCOAUTLA DE ESPINOSA	65636	55716	24880	44,7
Centro	OSUMACINTA	3112	2443	900	36,8
Centro	SAN FERNANDO	26461	22828	18080	79,2
Centro	SAN LUCAS	5673	5487	3608	65,8
Centro	SOYALO	7767	7012	8418	120,1
Centro	SUCHIAPA	15890	12977	11618	89,5
Centro	TECPATAN	38402	32556	23763	73,0
Centro	TOTOLAPA	4573	5301	2855	53,9
Centro	TUXTLA GUTIERREZ	434143	241245	115331	47,8
Centro	VENUSTIANO CARRANZA	52827	42858	26319	61,4
<b>Centro</b>	<b>Total</b>	<b>934581</b>	<b>653165</b>	<b>383655</b>	<b>58,7</b>
Altos	ALDAMA	3635	2895	2949	101,9
Altos	ALTAMIRANO	21860	11947	4581	38,3
Altos	AMATENANGO DEL VALLE	6559	4838	4631	95,7
Altos	CHALCHIHUITAN	12256	10829	9382	86,6
Altos	CHAMULA	59005	57679	44092	76,4
Altos	CHANAL	7568	6275	7170	114,3
Altos	CHENALHO	27125	20388	22577	110,7
Altos	HUIXTAN	18975	15145	13237	87,4
Altos	LARRAINZAR	16538	12581	13829	109,9
Altos	LAS ROSAS	21100	18148	19487	107,4
Altos	MITONTIC	7602	6328	6177	97,6
Altos	OXCHUC	37887	30980	36337	117,3
Altos	PANTELHO	11701	8615	12617	146,5
Altos	SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS	132076	96340	77994	81,0
Altos	SANTIAGO EL PINAR	2174	1765	2356	133,5
Altos	TENEJAPA	33161	30462	30928	101,5
Altos	TEOPISCA	26996	24728	23162	93,7
Altos	ZINACANTAN	29754	28687	25191	87,8
<b>Altos</b>	<b>Total</b>	<b>475972</b>	<b>388630</b>	<b>356697</b>	<b>91,8</b>

**Cuadro XVI.- Cobertura de las regiones Fronteriza y Fraylesca**

Región	Municipio	Pob.total (INEGI 2000)	Pob. Sin seguridad (INEGI 2000)	Pob. Afiliada al Seguro Popular del primer bimestre del 2009	% Pob. Afiliada al Seguro Popular
Fronteriza	CHICOMUSELO	24994	23346	13396	57,4
Fronteriza	COMITAN DE DOMINGUEZ	105289	79138	58108	73,4
Fronteriza	FRONTERA COMALAPA	52121	45905	29211	63,6
Fronteriza	LA INDEPENDENCIA	32360	30845	15510	50,3
Fronteriza	LA TRINITARIA	57823	53646	37275	69,5
Fronteriza	LAS MARGARITAS	86966	65767	63136	96,0
Fronteriza	MARAVILLA TENEJAPA	10700	10072	7503	74,5
Fronteriza	SOCOLTENANGO	15067	11303	9573	84,7
Fronteriza	TZIMOL	12060	9873	8246	83,5
<b>Fronteriza</b>	<b>Total</b>	<b>397380</b>	<b>329895</b>	<b>241958</b>	<b>73,3</b>
Fraylesca	ANGEL ALBINO CORZO	21848	20323	11149	54,9
Fraylesca	LA CONCORDIA	39776	35551	28859	81,2
Fraylesca	MONTECRISTO DE GUERRERO	5086	4337	2698	62,2
Fraylesca	VILLA CORZO	68694	56733	26089	46,0
Fraylesca	VILLAFLORES	85948	68481	34463	50,3
<b>Fraylesca</b>	<b>Total</b>	<b>221352</b>	<b>185425</b>	<b>103258</b>	<b>55,7</b>

**Cuadro XVII.- Cobertura de las regiones Soconusco e ismo-  
costa**

Región	Municipio	Pob.total (INEGI 2000)	Pob. Sin seguridad (INEGI 2000)	Pob. Afiliada al Seguro Popular del primer bimestre del 2009	% Pob. Afiliada al Seguro Popular
Soconusco	ACACOHUATLAN	14211	12700	8090	63,7
Soconusco	ACAPETAHUA	25148	20724	10209	49,3
Soconusco	CACAHOATAN	39033	30877	12480	40,4
Soconusco	ESCUINTLA	28070	21861	13397	61,3
Soconusco	FRONTERA HIDALGO	10917	8943	6290	70,3
Soconusco	HUEHUETAN	31464	43012	12408	28,8
Soconusco	HUIXTLA	49860	35772	22756	63,6
Soconusco	MAPASTEPEC	39033	24122	17139	71,1
Soconusco	MAZATAN	24079	19143	14208	74,2
Soconusco	METAPA	4794	3429	1484	43,3
Soconusco	SUCHIATE	30192	25155	12511	49,7
Soconusco	TAPACHULA	271819	167673	86166	51,4
Soconusco	TUXTLA CHICO	33467	26351	13249	50,3
Soconusco	TUZANTAN	21710	19206	7376	38,4
Soconusco	UNION JUAREZ	13934	11025	6275	56,9
Soconusco	VILLA COMALTITLAN	26706	24091	9309	38,6
<b>Soconusco</b>	<b>Total</b>	<b>664437</b>	<b>494084</b>	<b>253347</b>	<b>51,3</b>
Ismo	ARRIAGA	37972	26833	19253	71,8
Ismo	PIJIJAPAN	46946	38614	30545	79,1
Ismo	TONALA	78438	60715	37359	61,5
<b>Ismo</b>	<b>Total</b>	<b>163356</b>	<b>126162</b>	<b>87157</b>	<b>69,1</b>

**Cuadro XVI.- Cobertura de las regiones Norte, sierra y selva**

Región	Municipio	Pob.total (INEGI 2000)	Pob. Sin seguridad (INEGI 2000)	Pob. Afiliada al Seguro Popular del primer bimestre del 2009	% Pob. Afiliada al Seguro Popular
Norte	AMATAN	18778	18144	11544	63,6
Norte	BOCHIL	22722	19829	5482	27,6
Norte	CHAPULTENANGO	6762	6422	1587	24,7
Norte	EL BOSQUE	15111	11126	6815	61,3
Norte	FRANCISCO LEON	5236	5059	6057	119,7
Norte	HUITIUPAN	20023	19234	7029	36,5
Norte	IXHUATAN	8877	7399	5728	77,4
Norte	IXTACOMITAN	9408	8283	8000	96,6
Norte	IXTAPANGAJOYA	4707	4554	3185	69,9
Norte	JITOTOL	12958	9430	3955	41,9
Norte	JUAREZ	19956	17999	9335	51,9
Norte	OSTUACAN	17026	15743	10754	68,3
Norte	PANTEPEC	8566	4551	7345	161,4
Norte	PICHUCALCO	29295	25029	19051	76,1
Norte	PUEBLO NVO.SOLISTAHUACA	24405	22929	20063	87,5
Norte	RAYON	6870	6189	4122	66,6
Norte	REFORMA	34809	23232	16005	68,9
Norte	SAN ANDRES DURAZNAL	3700	3117	1573	50,5
Norte	SIMOJOVEL	31356	21803	17193	78,9
Norte	SOLOSUCHIAPA	7784	7329	5226	71,3
Norte	SUNUAPA	1936	1628	741	45,5
Norte	TAPALAPA	3639	2362	669	28,3
Norte	TAPILULA	10349	9208	6974	75,7
<b>Norte</b>	<b>Total</b>	<b>324273</b>	<b>270599</b>	<b>178433</b>	<b>65,9</b>
Selva	BENEMERITO DE LAS AMERICAS	14511	13711	9738	71,0
Selva	CATAZAJA	15740	13607	6769	49,7
Selva	CHILON	70918	54642	60943	111,5
Selva	LA LIBERTAD	5288	4729	3114	65,8
Selva	MARQUES DE COMILLAS	8580	7638	5654	74,0
Selva	OCOSINGO	157820	98940	71312	72,1
Selva	PALENQUE	82577	65251	44747	68,6
Selva	SABANILLA	21156	15668	13277	84,7
Selva	SALTO DE AGUA	48911	39361	30920	78,6
Selva	SAN JUAN CANCUC	20688	10481	17692	168,8
Selva	SITALA	8351	4362	7171	164,4
Selva	TILA	58153	49360	26378	53,4
Selva	TUMBALA	26825	22776	13361	58,7
Selva	YAJALON	26160	22226	18001	81,0
<b>Selva</b>	<b>Total</b>	<b>565678</b>	<b>422752</b>	<b>329077</b>	<b>77,8</b>
Sierra	AMATENANGO DE LA FRONTERA	26094	18255	13089	71,7
Sierra	BEJUCAL DE OCAMPO	6673	6239	3832	61,4
Sierra	BELLA VISTA	18247	15812	8808	55,7
Sierra	EL PORVENIR	11641	11255	8130	72,2
Sierra	LA GRANDEZA	5969	5557	805	14,5
Sierra	MAZAPA DE MADERO	7180	5515	3550	64,4
Sierra	MOTOZINTLA	59875	51683	23635	45,7
Sierra	SILTEPEC	32457	26608	25807	97,0
<b>Sierra</b>	<b>Total</b>	<b>168136</b>	<b>140924</b>	<b>87656</b>	<b>62,2</b>