

## **Desigualdad y Género: Análisis del Presupuesto del Seguro Popular en Chiapas**

### **M. en C. Magdalena del Carmen Morales Domínguez**

Asistente de Investigación de El Colegio de la Frontera Sur, Carr. Panamericana y Periférico Sur s/n Barrio de María Auxiliadora, San Cristóbal de Las Casas, Chis. CP 29290  
Tel. 967-67-4 9000 ext. 1504, E-Mail: meleny151@hotmail.com

### **Dra. Georgina Sánchez Ramírez**

Profesora-Investigadora en El Colegio de la Frontera Sur, Carr. Panamericana y Periférico Sur s/n Barrio de María Auxiliadora, San Cristóbal de Las Casas, Chis. CP 29290  
Tel. 967-67-4 9000 ext. 1507, Fax. 967-67 8-23-22, E-Mail: gsanchez@ecosur.mx

### **Dra. Edith F. Kauffer Michel**

Profesora-investigadora, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)- Sureste, Carretera San Cristóbal-Chamula km 3.5, Barrio La Quinta San Martín San Cristóbal de Las Casas, Chis CP 29247  
Tel: 967-67-491-00 ext 4006, Fax: 967-67-491-00, E-mails: kauffer69@hotmail.com; ekauffer@ciesas.edu.mx

## **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 elementos del presupuesto del Seguro Popular en Chiapas desde el enfoque de género. La metodología utilizada fue el método de *Trazalíneas* o *Tracer* para establecer rutas de seguimiento. 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; y que no existe un presupuesto constante para los programas de salud relacionados con género. En conclusión, el Seguro Popular trabaja bajo una lógica mercantilista que choca con el contexto pobre de la región haciendo un uso enajenado del enfoque de género, sin tener una estrategia clara de cómo abordar la salud desde dicho enfoque.

**Palabras clave:** Seguro Popular, género y salud, salud en Chiapas, presupuesto.

## **Introducción**

La inclusión del análisis de los presupuestos públicos en los estudios de género está relacionada con el interés reciente del movimiento feminista y de 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 *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)–, son dedicados al análisis e

incidencia política en materia de presupuesto y rendición de cuentas.

Los 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 incluida. 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 han surgido otras como las de Sudáfrica, Filipinas y diversos países de la Mancomunidad Británica (Budlender,1999).

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. En este caso se analizarán los presupuestos del Seguro Popular en Chiapas, tomando como punto de partida las acciones que ha realizado México con la intención de mejorar las condiciones de las mujeres.

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 (Espinoza,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 discriminaciones genéricas, reconocimiento y valoración de sus capacidades). La adscripción de México a esos acuerdos generó cambios en la estructura del presupuesto, con la intención de 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, que tiene como antecedente la Coordinación General de la Comisión Nacional de la Mujer. Es un organismo público descentralizado de la administración pública federal con personalidad jurídica y 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. En relación con las instituciones del gobierno federal, la Secretaría de Salud (SSA) creó el programa *enfoque integral de género* con la finalidad de promover acciones que fomentaran 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, no obstante para el logro de todas estas propuestas era y es imprescindible conocer los fondos destinados a ellos y el ejercicio de los mismos.

En este sentido los presupuestos públicos deben reflejar las políticas que el gobierno adopta para modificar la situación en la que se encuentra la sociedad. En el caso de las medidas tendientes a minimizar las inequidades entre varones y mujeres, 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 un 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.

El objetivo de este trabajo fue analizar si el presupuesto del Seguro Popular en el estado de Chiapas está diseñado desde el enfoque de género. Se buscó si el Seguro Popular toma en cuenta las necesidades específicas de varones y mujeres, y si considera que toda la población del estado (con un 25% de indígenas) tiene acceso a la salud, evitando desigualdades innecesarias, evitables e injustas, como han denunciado ya la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) cumpliendo con el compromiso constitucional del Estado Mexicano respecto a la universalidad de los servicios de salud. Se analizó si nuevamente se trata de otro programa en que el discurso promete algo que no se cumple y que además se está cayendo en la terrible contradicción de vender un derecho humano. Un dato relevante en el estado de Chiapas es que solo el 67% de la población no derechohabiente cuenta con Seguro Popular, siendo que para el 2010 se tendría que haber cubierto el 100% de la población que carece de acceso a estos servicios.

Durante el sexenio del presidente Vicente Fox (2000-2006), para el 2003 se publicaron cambios a la Ley General de Salud (LGS) en el título tercero *his* Protección Social a la Salud (Seguro Popular). Ésta entró en vigor en el año 2004.

### **Contexto Regional**

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 % de los habitantes de todo el estado), en su mayoría indígenas (CIEyPAC,2008).

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).

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. 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 (ISECH, 2002).

De las 9 regiones geográficas que componen el estado de Chiapas, las regiones Selva y Altos, caracterizadas por una gran población indígena registraron un mayor número de casos de muerte materna durante el período 1999 a 2002.

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, la tasa de crecimiento anual de la población indígena en el estado, entre 1970 y 1990, fue de 4.6 %, y entre 1990 y 1995, de 1.26 %. A nivel nacional, la tasa de crecimiento, en 1990, fue de 2.6 %, mientras que para el 2007 es de 2.22 % (CONAPO, 2005).

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 entre 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, 2009).

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.

### **Consideraciones teóricas**

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.

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”(Valdez,2004). 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 de 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 y claramente definidos para este proceso (Martínez, 2002). 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.

### *La relación entre presupuestos, género y salud*

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 un constructo para definir la constitución social diferencial de hombres y mujeres y 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.

Dentro del sector salud, es frecuente encontrar aseveraciones relacionadas con el hecho que 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 de 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.

El concepto de salud que se ha adoptado a nivel internacional, es la definición clásica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que 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 sobrevida 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).

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

Se atribuye a la desigualdad entre los géneros el principal obstáculo para que las mujeres gocen plenamente del derecho a la salud en los países pobres como México. A la vez que siguen siendo las mujeres a quienes se les ha responsabilizando de la salud del entorno familiar y comunitario.

Lo anterior se observa con una 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 (Pérez y Sánchez, 2009).

El enfoque de género se deriva de los estudios feministas y de mujeres cuyo bagaje 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 prácticas construidas por determinantes ideológicos, históricos, religiosos, étnicos, económicos y culturales y que impactan de manera diferente a hombres y mujeres (Moser,1991).

La lógica que subyace al enfoque de género, es la atribución del poder a través de los efectos necesarios para favorecer procesos de cambio que mejoren satisfactoriamente la posición de las mujeres en la sociedad. En el ámbito de la salud, este enfoque pretende satisfacer 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.

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.

Esta mirada desde el enfoque de Género y Salud en un marco de justicia social ha ido permeando al menos el discurso en las políticas públicas en las regiones de América Latina, 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, adoptadas en el 2000 por acuerdo de 189 países, constituyen un conjunto de objetivos y metas, entre los cuales encontramos la erradicación de la extrema pobreza y el hambre (Meta 1); la reducción de la mortalidad infantil; el mejoramiento de la salud materna (Meta 5); el combate al VIH-SIDA, malaria y otras enfermedades (tuberculosis e infecciones de transmisión sexual) (Meta 6); la garantía de la sustentabilidad ambiental (Meta 7). Por su parte la Meta 8 establece la promoción de patrocinadores globales de desarrollo (Torres, 2004) 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). Éstas pretenden 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 (Rose, 2007).

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, 2007). Por tanto, para superar estas barreras, era necesario tocar uno de los elementos más decisivos en el diseño: la implementación y la ejecución de las políticas públicas tienen 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 (Tarres, 2007).

Dentro de la transversalidad se debe 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.

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, 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. Dicho principio se implementa en 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 diluido 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. Discursivamente se puede argumentar que se está haciendo “algo”, pero a la vez, 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 injusticia social y la falta de prevención sanitaria que impacte 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 farsa. 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, tiene un papel determinante. Por ello, entender las rutas que siguen los presupuestos asignados a los programas de salud desde su



asignación hasta su ejercicio, permite evidenciar la transformación metafórica de cascada a riachuelo.

### *Los orígenes del Seguro Popular*

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; 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 en materia del 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 en 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”(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 toda la población que había quedado excluida de la 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.

Para concluir, cabe subrayar 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 repercute severamente en los resultados de las políticas de salud y con ello en la calidad de vida de su población.

### **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*, partiendo del panorama en cifras expuesto anteriormente.

Para 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 (en nuestro caso reuniones con personales administrativos del Seguro Popular y de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas), a un paciente (en nuestro caso análisis de los contenidos de los programas del Seguro Popular) y un expediente del individuo (en nuestro caso elección de los programas relacionados con salud y género para su análisis)( Willy, 1995).

Siguiendo el método mencionado, encontramos tres 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”, 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 este caso se utilizó el INPC (Índice Nacional de Precios al Consumidor) para deflactar los montos presupuestarios de cada año (2007,2008 y 2009), eliminando así el efecto de la inflación en las cantidades reportadas. Para poder comparar los porcentajes de variación se aplicó la fórmula:

$$\text{Monto presupuesto actual} * 100 / \text{Monto presupuesto anterior} - 100 = \text{Variación porcentual real}$$

## **Hallazgos**

### ***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. Las aportaciones *per cápita* desde el 2004 (año en el cual se estableció como ley a nivel federal) al año 2008 (entra cuadro I). 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.

Para poder mantener el Seguro Popular en un 100% (entra Figura 1), 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.

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 (entra cuadro II).

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.

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 diseña 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.

### *Programas de Salud Pública que maneja el Seguro Popular*

Como primer paso de la metodología del “tracer” se realizó 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).

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 y con base a los documentos proporcionados por el régimen del seguro popular, el 11% del presupuesto está destinado a la prevención y promoción en salud; el 89% 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 cuestionar el cuánto están destinando a los subprogramas de atención analizando los documentos del presupuesto programando del 2007 al 2009; encontrando que el programa de *Promoción a la salud, una nueva cultura* muestra un decremento considerable y constante; siendo pero aún el caso del subprograma de *Vigilancia Epidemiológica* que durante el 2008 y el 2009 ya no recibió ningún tipo de recursos, con lo cual surge la pregunta sobre el cómo están midiendo el impacto de las acciones en salud desde el Seguro Popular si no cuentan con recursos para ello y también está en este bloque el subprograma de *Prevención y atención de la violencia familiar y de género* y que no contaba con recursos en el 2007, se le asignaron en el 2008, y para el 2009 se le otorgó menos que el año anterior, a pesar de ser un tema relevante en un estado como Chiapas que ha elevado a rango constitucional los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y que ha promulgado leyes estatales para combatir éste tipo de violencia.

Otra particularidad de dicho subprograma es que está 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 designados a nivel federal, dejando al personal de la Secretaría de Salud estatal únicamente la responsabilidad de ejecutar estas estrategias, centralizando con ello las decisiones respecto al subprograma (**Entra cuadro III**).

Para el caso de los subprogramas relacionados con la salud reproductiva, el panorama también hace dudar de la planeación para asignar presupuestos, para el caso del subprograma de *Arranque parejo (Salud Materna)* del año 2007 al 2008 el incremento del presupuesto se disparó, y en el 2009 se le otorgó casi el doble respecto al año anterior (ver

cuadro II), en relación con los subprogramas de *Cáncer Cérvico Uterino y Salud Reproductiva* (anticoncepción incluida) se puede apreciar un decremento en su presupuesto del año 2007 al 2008 y posteriormente un incremento en el 2009. Para el caso del subprograma llamado Desarrollar actividades integrales para la salud de la infancia y Cáncer de Mama, el presupuesto para el 2009, decrece considerablemente (Entra cuadro IV).

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 transversal en todos. Es decir, el enfoque de género debió considerarse dentro de la metodología para hacer cada subprograma, para poder evidenciar las diferencias entre sexo, etnia y clase social, de tal forma que las medidas en materia de salud atiendan de manera integral las necesidades de salud, no se trata solamente de saber cuánto se gasta sino de que lo que se gasta realmente tienda a resolver la problemática sanitaria del estado.

Por último, en los subprogramas que no están dirigidos indistintamente 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, a pesar del impacto de estos padecimientos en la morbilidad, en el estado y que además afecta de manera más directa a las mujeres en edades posreproductivas. (Entra cuadro V)

Los resultados de la información consultada nos dejan más 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 no tienen aún una respuesta clara, 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, se ha avanzado muy poco en el acceso a la información desglosada por sexo y la transparencia en la rendición de cuenta. El énfasis presupuestario sigue concentrándose en los subprogramas dirigidos a las mujeres en etapas reproductivas como ya se pudo apreciar en el cuadro II, dejando de manifiesto que no hay un eje transversal que articule género, salud, equidad y presupuesto.

Por último, mencionaremos que del total de titulares de las familias afiliadas, 82 % son mujeres y el 18 %, hombres (Entra figura 2).

Esto parece obedecer a que la mayor parte de la población afiliada pertenecía al programa Oportunidades, en el cual 100 % de los titulares son mujeres y es un programa 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. Ambos programas, tanto el de Oportunidades como el del Seguro Popular, ven en las mujeres una meta numérica que anotar, responsabilizada de la salud de toda su familia.

### **Conclusiones y reflexiones finales**

El esquema focalizado, bajo el cual opera el Seguro Popular, aunque pretende ser una

protección universal para la salud de la población no derechohabiente, difícilmente logrará atender con calidad a la población afiliada por sus características de diseño y operación. De hecho, como se documentó en este estudio, existe una importante reducción del presupuesto en la operación del Seguro Popular. 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.

El Seguro Popular en su planteamiento toma como su primicia el derecho a la salud para toda la población, definido por rango constitucional en nuestro país y considerado como 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 un esquema muy acotado de padecimientos.

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 es manejado como un simple programa de salud pública, sin tener una estrategia clara de cómo abordar la salud desde el enfoque de género, no obstante sigue considerando responsabilizar a las mujeres mayoritariamente como las responsables titulares de la salud de las familias afiliadas.

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. 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 un presupuesto que muestra poca planificación.

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.

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, 2005 y Sandoval, 2006), que en este caso, es el menos tomado en cuenta.

La disminución del presupuesto asignado varios 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, ya que trabajan con un esquema de subprogramas que no aplica para la transversalidad de género.

La salud es un aspecto central del desarrollo y un componente básico del bienestar humano, 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 y sus relaciones de poder con los hombres, la sociedad y el Estado para disminuir de manera efectiva la inequidad de género. El enfoque de género sobre la salud podría ayudar a hilar relaciones de poder entre las instituciones involucradas, y la población beneficiada, diferenciando las necesidades de salud entre hombres y mujeres, considerando sus posibilidades económicas, su origen étnico y todas las especificidades que en materia de salud ello represente; dejando de lado el considerar a las mujeres de manera instrumental para la aplicación de políticas públicas en salud.

## Literatura consultada

- Centro de Investigaciones Económicas y Políticas de Acción Comunitaria. Disponible en URL <http://www.ciepac.org>. [Consultado el 16 de abril del 2008].
- Instituto Nacional de Información de Población y Vivienda. Conteo de población y vivienda México, INEGI, 2005.
- Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) Dirección de Servicios de Salud Reproductiva, “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. 2002
- Concejo Nacional de Población. Informe estadístico de Chiapas 2005. México, CONAPO, 2007
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano por género 2005. México, PNUD.2009.
- Martínez, Concepción. El Programa de Ampliación de Cobertura y el presupuesto federal: Un acercamiento al paquete básico de los servicios de salud desde la perspectiva de género. México. FUNDAR / EQUIDAD DE GÉNERO: Ciudadanía, Trabajo y Familia. 2002.
- Lamas, Martha. “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género”, en: La ventana Vol. I.1995. p.1
- Sayavedra, Gloria. y Flores, E. Ser Mujer ¿un riesgo para la salud? Del malestar y el enfermar, al poderío y salud. México, Red de Mujeres, A.C.1997
- Pérez-López Norby, y Sánchez Georgina. “Evaluación de materiales didácticos para el cuidado de la salud y la sexualidad en el climaterio desde el enfoque de género” en: Cruz, J. y Nazar A. Sociedad y desigualdad en Chiapas. Una mirada reciente. México, D.F. ECOSUR, 2009. pp. 192-214.
- Moser, Caroline. “La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género” en: Guzmán, Virginia. y otras (Comp.), Una nueva lectura: género en el desarrollo. Lima. Flora Tristán Ediciones. 1991, pp. 55-124.
- Velasco, Sara. Relaciones de Género y Subjetividad, Métodos para programas de prevención, Vol. V, España, Instituto de la Mujer, 2000.
- Torres, Cristina y Mújica, Oscar. “Salud, equidad y objetivo del milenio”. Revista Panamericana de Salud Pública 15(6). 2004, pp. 430-439
- Roses, Mirta. Salud, factor clave para el desarrollo. Boletín 49. Consejo Directivo de la OPS, Abril 2007. pp.10-11
- Maceira Luz, Alva, Raquel y Rayas, Lucía. “Elementos para el análisis de los procesos de institucionalización del enfoque de género: una guía”, en Género, Cultura y Sociedad, Serie de investigaciones del PIEM No. 5, México, COLMEX, 2007.
- Tarrés, Ma. Luisa. Equidad de género y presupuesto público. La experiencia innovadora de Oaxaca. México Ed. Instituto de la Mujer Oaxaqueña, 2006.
- Candia, José. “Exclusión y pobreza: focalización de las políticas sociales” en: Nueva Sociedad. No. 156 julio-agosto. 1998, pp. 116-126.
- Willy, Geyndt “Managing the quality of health care in developing countries” in World Bank Technical paper, number 258. Washington, D.C, 1995

Ackerman, John. 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., 2006 p. 58.

Sandoval, Irma. Rendición de cuentas y fidecomisos: el Reto de la Opacidad Financiera. Serie: Cultura de la Rendición de Cuentas. ISBN-968-5500. D.R. © Auditoría Superior de la Federación. México, D.F., 2007 p. 90

## Cuadros

**Cuadro I.- 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.

**Cuadro II.- Financiamiento por Familia Ejemplo 2008, (Cifras en pesos mexicanos)**

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%
Estatal	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.

**Cuadro III.- Subprogramas relacionados con Género (Cifras en pesos mexicanos)**

Subprogramas	2007	2008	2009*
<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	0
<b>Var. Real (%)</b>			
<b>Prevención y atención de la violencia familiar y de género</b>	0	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. Para deflactar se utilizó el INPC, fin de periodo 2007(125,564) 2008 (133,761) y para 2009\* (139,817) se tomó el primer trimestre del mismo año.

**Cuadro IV.- Subprogramas indistintos para hombres y mujeres (Cifras en pesos mexicanos)**

Subprogramas	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	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. Para deflactar se utilizó el INPC, fin de periodo 2007(125,564) 2008 (133,761) y para 2009\* (139,817) se tomó el primer trimestre del mismo año.

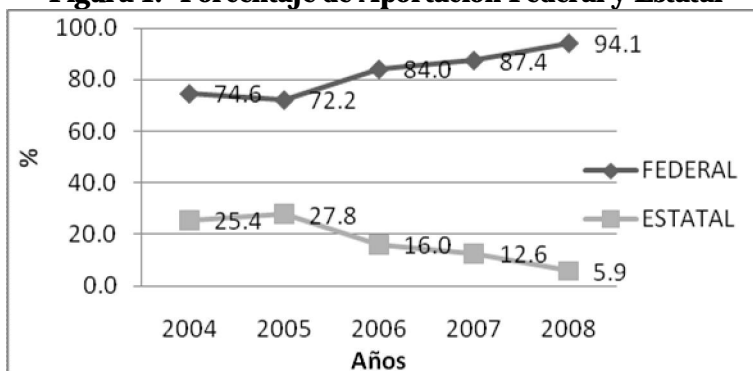
**Cuadro V.- Subprogramas relacionados con la Salud Reproductiva (Cifras en pesos mexicanos)**



Subprogramas	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
<b>Var. Real (%)</b>		279,47	-50,62
<b>Cáncer de mama</b>	0	11.007.327,50	7.814.754,63
<b>Var. Real (%)</b>			-29
<b>Cáncer Cérvico Uterino</b>	17.496.592,53	10.610.375,27	24.010.326,87
<b>Var. Real (%)</b>		-39,35	126,29
<b>Arranque parejo en la vida (Salud Materna)</b>	416.811,35	19.920.322,96	38.510.999,77
<b>Var. Real (%)</b>		4.679,21	93,33
<b>Salud reproductiva (incluye anticoncepción)</b>	17.496.592,53	10.584.624,31	16.628.517,75
<b>Var. Real (%)</b>		-39,5	57,1
<b>Prevención y control del SIDA y otras ITS</b>	1.838.734,00	0	30.346.394,80
<b>Var. Real (%)</b>			

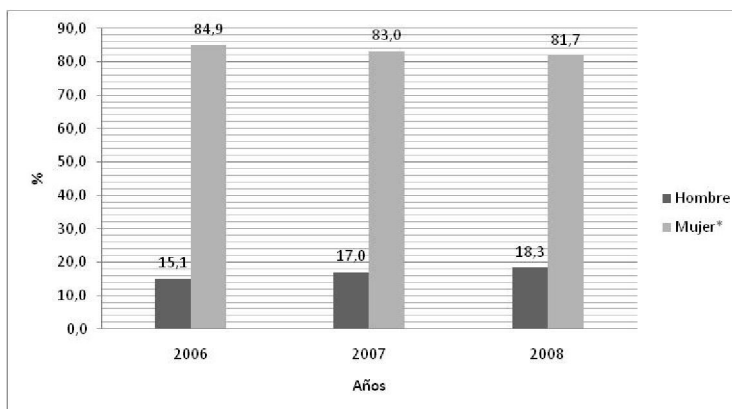
Fuente: Elaboración propia con datos del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Chiapas. Para deflactar se utilizó el INPC, fin de periodo 2007(125,564) 2008 (133,761) y para 2009\* (139,817) se tomó el primer trimestre del mismo año

**Figura 1.- Porcentaje de Aportación Federal y Estatal**



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

**Figura 2. Titulares de las familias afiliadas al Seguro Popular 2006-2008 según sexo**



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