



Presupuesto Público y Mortalidad Materna: Seguimiento al Programa Arranque Parejo en la Vida

Daniela Díaz Echeverría
(FUNDAR Centro de Análisis e Investigación A.C.)

El hecho de que el tema de la mortalidad materna continúe en la agenda mundial de la salud de la mujer,¹ denota que el fallecimiento de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio es un problema no resuelto. Pese a los avances registrados a la fecha, las tasas de muerte materna se han mantenido sin variaciones durante la década de los años noventa y siguen existiendo brechas significativas en el número de muertes entre países desarrollados y subdesarrollados. Tal realidad demuestra que las políticas ejecutadas hasta la fecha no han sido del todo exitosas.

¿Cuáles son las áreas que han fallado en las políticas y programas dirigidos a la reducción de la mortalidad materna? ¿Cuáles son los aspectos más vulnerables de estas políticas y programas?

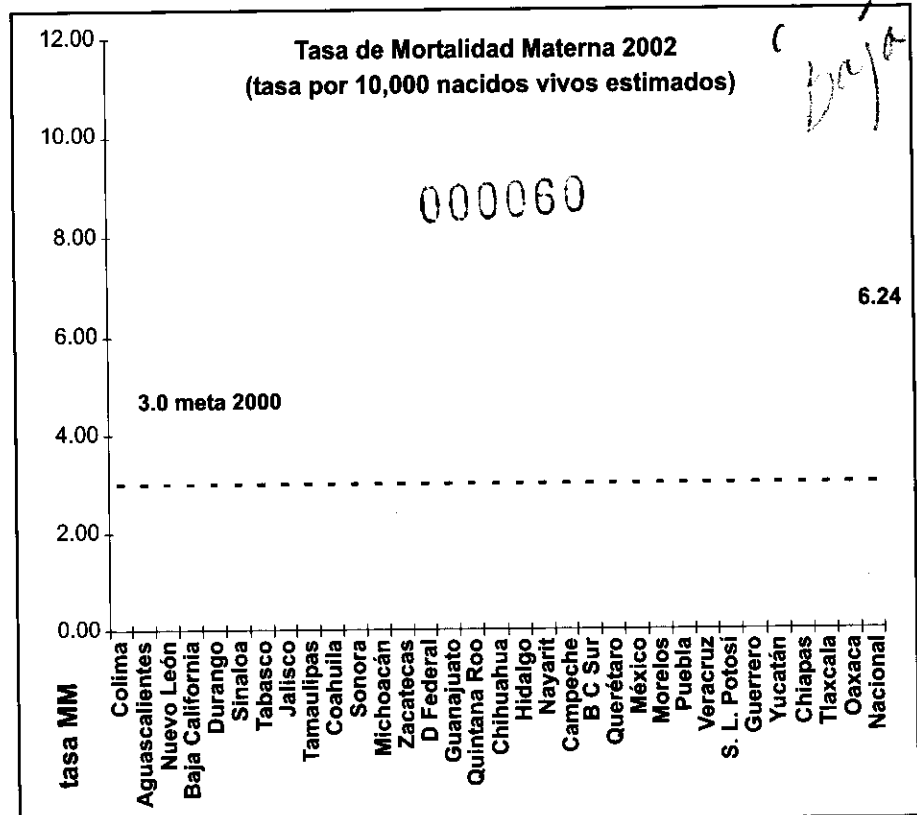
Por lo menos tres son los aspectos reconocidos internacionalmente como factores que contribuyen a reducir la mortalidad materna:

- 1) el acceso a la atención médica,

- 2) la calidad de la atención médica y
- 3) el traslado efectivo en situaciones de emergencia obstétrica a centros de salud con capacidad resolutive.

¹ En la Cumbre del Milenio organizada por las Naciones Unidas entre el 6 y el 8 de setiembre de 2000, se determinó como meta al 2015 rebajar la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes en relación al año 1990. Asimismo, en el artículo 12 del Comentario del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, que alude al derecho al disfrute del más alto nivel de salud, se acordó como objetivo reducir "los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva".

² Tasa por 10 000 nacimientos estimados por el CONAPO. Cabe señalar, que con la corrección del subregistro las tasas suben, a 8.9 en 1990 y 7.3 en el 2003. Poder Ejecutivo Federal, Tercer Informe de Gobierno, www.presidencia.gob.mx



Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA, Salud: México 2002, p. 188, www.ssa.gob.mx Razón de mortalidad materna por 10,000 nacidos vivos estimados. La tasa de mortalidad materna del 2002 no es comparable con la de los años anteriores, pues desde el año 2001 hacia atrás, las tasas están con base en 10 mil nacidos vivos registrados (en vez de estimados).

A pesar de los distintos programas impulsados durante los últimos trece años, México no escapa a la inmovilidad de las tasas de mortalidad materna. La tasa estimada para el 2003 es de 6.0, la cual es la misma del año 1990.² Aunque desde el año 2000 hay una tendencia a la baja, se entiende que ésta puede variar y nuevamente subir en cuanto vayan mejorando los mecanismos de registro de fallecimientos por causas asociadas al periodo gestacional y posterior a éste. En consecuencia, al año 2003 aún se está bastante lejos de cumplir la meta fijada para el año 2000, la cual era llegar a la mitad de la tasa de muerte materna registrada en el año 1990.

Igualmente, se mantienen las causas de mortalidad materna registradas desde 1985:

- 1° Toxemia;
- 2° Hemorragias del embarazo, parto y puerperio;
- 3° Todos los tipos de aborto; y
- 4° Sepsis del puerperio.

Las principales causas se vinculan directamente con las condiciones socioeconómicas de las mujeres afectadas y el acceso a y calidad de una atención médica oportuna. Destaca también el aborto, que responde a la imposibilidad legal de otorgarlo y solicitarlo (excepto por razones muy determinadas en las legislaciones estatales).

Arranque Parejo en la Vida: la respuesta gubernamental

Como respuesta a la problemática descrita, el gobierno de México puso en marcha en febrero del 2002 el programa Arranque Parejo en la Vida (APV), el cual es parte tanto del Programa Nacional de Salud

2001-2006, como de la estrategia Contigo -eje del Programa Nacional de Superación de la Pobreza 2001-2006.

Arranque Parejo en la Vida otorga atención a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y a niños(as) desde el nacimiento hasta los dos años de edad. En cuanto a la atención a la mujer, enfatiza en el seguimiento a las mujeres durante el embarazo, incorpora la atención específica a los embarazos de alto riesgo, y contempla alojamiento para los hijos de las embarazadas durante su atención. Para ambas poblaciones establece metas específicas de disminución de mortalidad al año 2006. En el caso de la mortalidad materna, las metas son "disminuir en un 35% la tasa en relación con la registrada en el 2000 y reducir 30% el número de defunciones maternas con relación a las registradas en el 2000"³. Esto significa que en el 2006 la tasa de mortalidad materna debe bajar a 5.1 y el número de fallecimientos a 1,090.

El programa focaliza los estados y municipios con mayor incidencia y número de muertes maternas; en muchos de los casos son rurales, con población indígena y de alta marginalidad. Arranque Parejo empezó en 7 entidades federativas, posteriormente, se amplió a 17, y en el presente año se extendió a todo el país, incluyendo el Distrito Federal. A la fecha opera en 18 estados y en 356 municipios.⁴ Cabe señalar, que hay diferencias en el estado de avance del programa entre los municipios donde opera.

Es un consenso entre funcionarios públicos, instancias de salud y académicas, y organizaciones no

gubernamentales que trabajan el tema, que la solución a este grave problema rebasa a un programa público. Más bien obliga a acciones en distintas esferas e instituciones de los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal), basadas en una voluntad política real de mejorar el entorno que desde el sector salud interfiere en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Un punto concreto en el cual pueden confluir los tres niveles de gobierno para disminuir la mortalidad materna, es asegurar el transporte a las mujeres en situaciones de emergencia obstétrica. Condición que APV no resuelve, pues esencialmente se confía en la voluntad de la comunidad y/o del alcalde. Aspecto que vulnera la efectividad del programa, ya que el presidente municipal puede contar con un vehículo pero no de medios para ocuparlo o estar saturada su disponibilidad de uso. O simplemente no tener vehículo alguno.

Por esta razón cabe preguntar cuánta es la capacidad de Arranque Parejo de cumplir las metas de disminución de mortalidad materna en mujeres pobres. Sobre todo cuando se implanta en un contexto de salud para población abierta con profundas inequidades en infraestructura hospitalaria, equipamiento y de personal, entre entidades federativas.

De nueva cuenta se pone en marcha un programa dirigido a uno de los sectores más vulnerables del país, sin antes haber establecido una política para superar las desigualdades en las condiciones básicas para su efectivo funcionamiento. El presente estudio analiza las condi-

3 SSA, Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, p. 55.

4 Las entidades federativas y el número de municipios por cada una son: Aguascalientes (11), Campeche (11), Colima (10), Chiapas (15), Guanajuato (17), Guerrero (22), Hidalgo (31), Michoacán (20), Morelos (12), Nayarit (15), Oaxaca (40), Querétaro (18), Quintana Roo (6), San Luis Potosí (21), Tabasco (17), Tamaulipas (16), Veracruz (54) y Yucatán (20).

Aporte público y privado en gasto de capital en el Programa Arranque Parejo en la Vida (pesos corrientes)

Gasto de Capital	2002
Gasto de capital APV	1,166,000
Gasto de capital Aporte Privado*	182,000,000
%Gasto Capital Arranque Parejo en la Vida/ Gasto de Capital Aporte Privado	0.64

* Corresponde a la suma de lo aportado en equipo médico, gestionado por la Fundación Vamos México y la SSA. Elaboración propia con datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Cuenta de la Hacienda Pública Federal, Ejercicio Programático Económico Financiero del Gasto Programable Devengado del Gobierno Federal, 2002 (para el aporte público), y datos del Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, 3a. Sesión Ordinaria, Informe 2002 (para el aporte privado).

ciones básicas en salud, insertas en la dinámica del APV.

pesos y por el Ramo 33-FASSA 597,541 pesos.

Recursos en equipos

El programa tiene una debilidad de origen, que es depender de la iniciativa privada para cubrir requerimientos básicos para su funcionamiento y por tanto poner en peligro una continuidad efectiva y eficiente de los servicios que otorga.

Es así que contempla escasos recursos para proveer los equipos pertinentes para otorgar atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Para suministrar dicho recursos, se estableció una "Red Social".⁵

En el año 2002 el gasto de capital representó apenas el 1.83 del gasto total del APV. Para el año 2003, nuevamente el gasto en este rubro fue muy bajo: es así que como concepto de gasto de capital por el Ramo 12-SSA se asignaron 4,511,520

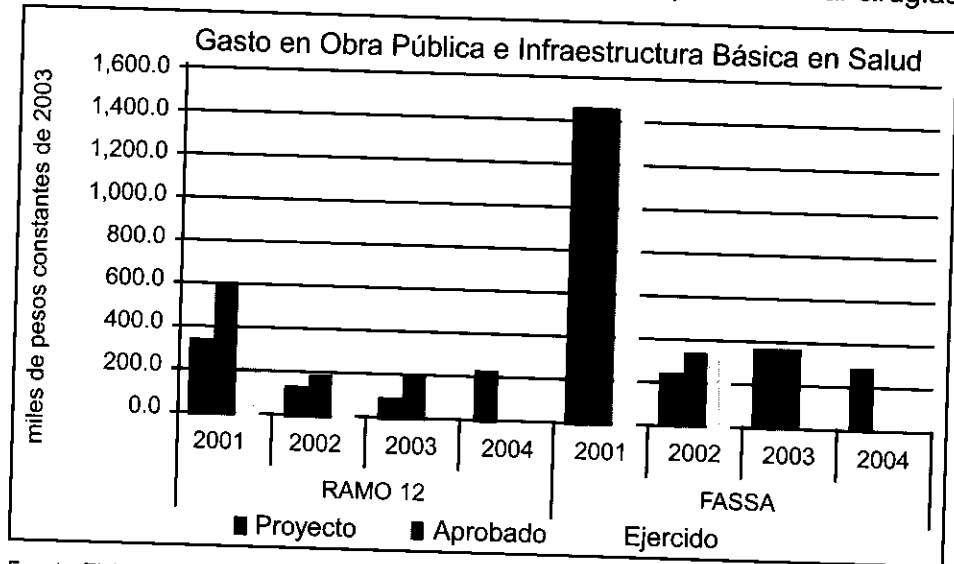
Es de hacer notar que lo correspondiente al Ramo 33, sólo se distribuyó a los estados de Morelos y Sonora, el primero con una alta tasa de mortalidad materna (7.81 por 10,000 nacidos vivos estimados) y el segundo con una baja tasa de muerte materna (4.47 por 10,000

nacidos vivos estimados).⁶ Saltan a la vista problemas en los criterios de asignación de los recursos, pues aparentemente no responden, de manera consistente, a condiciones de equipamiento y tasas de mortalidad materna.

Los datos contenidos en los Informes Anuales del programa denotan el traspaso del gestionamiento de recursos para equipamiento a la Red Social, y en definitiva al aporte del sector privado. En el periodo 2001-2002 el aporte privado gestionado para equipo fue de 217,297,630 pesos. Esta cifra representa 156 veces el gasto público de capital asignado al Arranque Parejo.

Recursos en Infraestructura

Es sabido que la mayoría de las muertes maternas ocurren en el parto. Para evitarlas se requiere una infraestructura diseñada para dar la atención pertinente. Esto incluye, por ejemplo, poder realizar cirugías



Fuente: Elaboración FUNDAR Centro de Análisis e Investigación A.C. con datos de SHCP, CP 2001 y 2002, Proyecto PEF 2001, 2002, 2003, PEF 2003, Proyecto PEF 2004 www.shcp.sse.gob.mx.

⁵ Se organiza mediante la constitución del Comité Estatal del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, correspondiéndole "a la C. esposa del gobernador, apoyada por la C. esposa del secretario de Salud, promover la vinculación entre empresas y organismos privados, clubes sociales (Rotarios, Leones, grupos de damas, patronatos, etc.) grupos y personas voluntarias para la gestión de recursos financieros y materiales de apoyo al programa". SSA, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida, p. 46, 2002.

⁶ El desglose en el Ramo 12 en pesos corrientes es el siguiente: Mobiliario y equipo de administración 4,800; Maquinaria y equipo agropecuario, industrial, de comunicaciones y de uso informático 56,720; Vehículos y equipo de transporte 1,500,000; y Equipo e instrumental médico y de laboratorio 2,950,000, total: 4,511,520 de pesos corrientes. Fuente: SHCP, Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado 2003.

Unidades de salud de la SSA para población abierta 2001			
Entidad Federativa	Consulta externa (primer nivel)	Hospitalización general (segundo nivel)	Hospitalización especializada (tercer nivel)
Total Nacional	Unidades 11,402	Unidades 332	Unidades 101
Aguascalientes	80	4	2
Baja California	127	3	0
Baja California Sur	73	3	2
Campeche	139	9	2
Coahuila	169	9	4
Colima	124	4	0
Chiapas	835	16	0
Chihuahua	265	15	5
Distrito Federal	364	12	40
Durango	210	7	1
Guanajuato	505	11	2
Guerrero	928	14	0
Hidalgo	440	9	2
Jalisco	739	13	5
México	957	29	5
Michoacán	394	14	4
Morelos	209	5	1
Nayarit	199	4	0
Nuevo León	440	6	3
Oaxaca	639	15	2
Puebla	484	27	1
Querétaro	245	4	1
Quintana Roo	169	4	1
San Luis Potosí	265	3	3
Sinaloa	215	13	1
Sonora	214	15	3
Tabasco	495	13	2
Tamaulipas	260	12	2
Tlaxcala	167	4	1
Veracruz	709	28	4
Yucatán	164	3	2
Zacatecas	179	4	0

Fuente: SSA, Boletín 2001, Vol. I., México, 2003.

de mayor complejidad. También es sabido que los centros de salud de primer nivel no están diseñados para resolver situaciones de emergencia obstétrica.

Al revisar el Boletín 2001 de la Secretaría de Salud, hay una concordancia entre un número importante de estados donde se presentan las

tasas de mortalidad materna más altas, y la mayor cantidad de infraestructura médica para población abierta en unidades de consulta externa, que otorgan atención de primer nivel. Por ejemplo, el Estado de México cuenta con 957 unidades de consulta externa; Guerrero con 928 y Chiapas con 835. Estos tres estados ocupan los tres primeros lugares.

Sin embargo, el menor número de personas por unidad de consulta externa sigue patrones distintos. De las treinta y dos entidades federativas, la situación más llamativa es la del Estado de México, en donde cada unidad debe atender a 6,679 personas. En Chiapas cada unidad debe cubrir a 3,856 personas de población abierta, en Veracruz 6,049 y en Oaxaca 4,020. Esto sin duda apunta hacia el agotamiento en las capacidades de atención de estas unidades.

Por otro lado, estos estados son los que en atención *per cápita* presentan mayores números de población por unidades de segundo (Hospitalización general) y tercer nivel (Hospitalización especializada). Incluso en casos como Chiapas y Guerrero no existe ni un solo hospital de tercer nivel.

La forma de revertir tal carencia es a través del gasto en infraestructura en el FASSA. En un análisis elaborado por Fundar, se observa que en los tres primeros años del actual gobierno no sólo hay un estancamiento en el financiamiento en obra pública en salud, sino que una disminución en la asignación de recursos para ésta. Es así que del 2001 al 2002 hubo un decremento real de un 75 por ciento en la asignación a la construcción de infraestructura básica en el FASSA.

Igualmente, en dicho estudio se resalta que ni Chiapas ni Oaxaca incluyen recursos en el FASSA para infraestructura en salud en el 2003. Sumamente preocupante es la situación de Oaxaca, estado que en el 2002 registró la tasa de mortalidad materna más alta. En ese año y en el presente, dejó de percibir recursos para infraestructura.

Gasto en Infraestructura Básica en Chiapas y Oaxaca a través de FASSA
(miles de pesos constantes de 2002)

Estados	2001			2002			2003	
	Proyecto	Aprobado	Ejercido	Proyecto	Aprobado	Ejercido	Proyecto	Aprobado
Chiapas	23,158.85	23,158.85	23,158.85	211.14	250.71	250.71	0.00	0.00
Oaxaca	17,055.15	17,055.15	17,055.15	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Helena Hofbauer, Reflejo de las prioridades nacionales en la disposición de los recursos públicos: cuentas pendientes, en edición, México, 2003.

En un contexto de recursos escasos, la prioridad correspondería enfocarse a las necesidades más urgentes del país, como es mejorar las condiciones en infraestructura de salud de la población abierta en pobreza. Esto revertiría el hecho, que desde 1999 a la fecha de los 31 estados más el Distrito Federal, prácticamente todos aumentaron la infraestructura en unidades de Consulta externa de primer nivel de atención, sin embargo en los hospitales de segundo nivel y en los de especialidad sólo 10 y 7 respectivamente, tuvieron un incremento en dicho tipo de unidades médicas.

Recursos Humanos

El Programa Arranque Parejo en la Vida no contempla contratar personal adicional de salud. Esto representa una debilidad inicial, ya que el personal de salud del primer nivel de atención, para población no derechohabiente, opera simultáneamente en distintos programas. Esto se complica más aún si se considera que son zonas de alta y muy alta marginalidad, con serias dificultades de traslado y muy malas condiciones socioeconómicas.

Los programas que otorgan atención a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en localidades deprimidas y que com-

parten personal son: el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el Programa de Salud Reproductiva y el Programa Arranque Parejo en la Vida. Cabe resaltar que los estados tienen la facultad de crear más programas de salud. Por ejemplo, en Chiapas desde mayo del 2003 el gobierno estatal tiene el programa Vida Mejor para las Mujeres, las Niñas y los Niños, paralelo a los programas federales.

Como se observa, el personal de salud por lo menos trabaja en cuatro programas en los que no sólo atiende a mujeres, sino también a niños(as) y hombres. Conjuntamente, las entidades federativas crean y ejecutan sus propios programas. Esto ha conllevado, y a la vez implica, un importante problema de escasez de personal, especialmente gineco-obstetras.

Esta situación se agudiza en la atención específica a las mujeres en el tiempo gestacional y subsecuente. Según información de la Secretaría de Salud, al año 2002 precisamente los estados con las tasas de mortalidad materna más alta son los que tienen un menor número de especialistas en gineco-obstetricia por mujeres no dere-

Número de mujeres no derechohabientes en edad reproductiva por Gineco-Obstetras 2002

Entidad Federativa	per cápita Gineco-Obstetras
Nacional	2,414
Baja California Sur	690
Coahuila	691
Distrito Federal	861
Sonora	1,062
Colima	1,075
Aguascalientes	1,202
Nuevo León	1,205
Tamaulipas	1,222
Baja California	1,406
Quintana Roo	1,471
Chihuahua	1,587
Campeche	1,612
Durango	1,695
Querétaro	1,842
Yucatán	2,009
Jalisco	2,023
Sinaloa	2,235
Nayarit	2,367
San Luis Potosí	2,410
Morelos	2,510
Tabasco	2,889
Tlaxcala	3,147
México	3,198
Veracruz	3,577
Zacatecas	3,738
Hidalgo	3,990
Guerrero	4,132
Guanajuato	4,198
Michoacán	4,423
Puebla	6,307
Oaxaca	6,985
Chiapas	7,490

Fuente: Elaboración propia con datos de SSA, Sistema Nacional de Información en Salud, SINAIS, www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/principal.php SSA, Boletín 2001, Vol. I., México, 2003.

7 Estas cifras se calcularon con datos del personal del año 2001, el número de población femenina no derechohabiente del año 2002 y tasas de mortalidad materna del 2002. En el cálculo se considera un rango de edad de 10 a 44 años, debido a que el documento del SINAIS incluye en el mismo rango la edad de 12 años que es la que se suele considerar inicial como edad reproductiva (de 10 a 14 años). Las cifras finales son de elaboración propia con datos de SSA, Sistema Nacional de Información en Salud, SINAIS, www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/principal.php. SSA, Boletín 2001, Vol. I., México, 2003.

Gasto programa Arranque Parejo en la Vida 2002-2004
(pesos corrientes)

Recursos APV	2002	2003	2004 proyecto PEF	2004 mínimo para operar
Ramo 12-SSA	63,466,100	64,639,000	-	73,517,368
Ramo 33-FASSA	-	602,902,757	-	-

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2002, Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado 2003, e Informe de Avance de Gestión Financiera Enero-Junio, 2003, Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2004

www.shcp.sse.gob.mx

chobahientes en edad reproductiva. De esta manera, cada especialista atiende a 7,490 mujeres en Chiapas, a 6,985 en Oaxaca, a 4,132 en Guerrero, a 3,147 en Tlaxcala y a 6,307 Puebla.⁷

Recursos financieros del Programa Arranque Parejo en la Vida

En el primer año, la asignación del total de los recursos del programa Arranque Parejo en la Vida fue a través del Ramo 12, SSA. En el presente año la distribución del financiamiento se separó en lo correspondiente a la administración central (Ramo 12) y las entidades federativas (Ramo 33-Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA).

Cabe señalar, que además de estos financiamiento, para el año 2003, el programa recibe aportes de otras instancias tanto de la Secretaría de Salud, como de los gobiernos estatales. Por la SSA cuenta con recursos -los cuales no necesariamente son financieros- de: Planificación Familiar, de la Dirección de Desarrollo Humano, del Centro Nacional de Salud a la Infancia y Adolescencia, de Epidemiología, y de la Dirección General de Promoción de la Salud.⁸

Lo que pudiera parecer un aumento sustancial del gasto del programa del 2002 al 2003, el APV incrementó

su presupuesto en casi 1000 por ciento-más bien es la respuesta a la demanda de diversas organizaciones no gubernamentales de visibilizar el financiamiento dirigido a las mujeres. Esta petición fue acogida tanto por la Secretaría de Salud, como por la Comisión de Equidad y Género de la Cámara de Diputados de la LVIII Legislatura.

Sin embargo, la etiquetación de los recursos no necesariamente representa un mejoramiento en las condiciones del sector salud que atiende a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio de zonas de alta y muy alta marginalidad. Para el 2003, si reveló las deficiencias de los criterios de asignación presupuestal, los cuales sostienen las desigualdades existentes entre las entidades federativas.

La distribución del gasto del APV ilustra claramente el problema. Por ejemplo, a Chiapas, con una tasa de mortalidad materna de 9.32 (por 10,000 nacidos vivos estimados) en el 2002, se le destinaron 980,192 pesos corrientes. En contraste, Nuevo León (con una tasa de 2.85) recibió por Arranque Parejo 23,968,069 pesos corrientes-prácticamente 25 veces más que Chiapas.

Es de hacer notar que los recursos financieros asignados a través del FASSA no desglosan los montos ni las acciones dirigidas especifi-

camente a la atención infantil ni a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. En este contexto es importante que en el año 2004, se usarán distintos criterios de asignación en el APV, para ello la Dirección de Salud Reproductiva de la SSA en conjunto con las secretarías de salud estatales, revisaron el costo de las acciones en atención a la comunidad, separándolo del gasto en pago de nóminas.

Otro aspecto alarmante es el que se desprende del subejercicio, o ejercicio tardío de los recursos para programas esenciales, como el APV. De los recursos asignados por la Secretaría de Salud al programa Arranque Parejo en la Vida, solamente se había ejercido el 33.45 por ciento del total al 30 de junio del presente año.⁹ Ante esta situación cabe preguntar ¿cuál es la posibilidad de lograr el cumplimiento de las metas de acción que tiene dicho programa para el 2003?

Más aún, en el 2003 el APV recibió recursos a través del FASSA, para todas las entidades federativas, incluido el Distrito Federal. Sin embargo, a septiembre sólo está operando en 18 estados. Dada esta circunstancia, surgen las siguientes interrogantes: ¿Qué pasaría con los recursos de los estados que a diciembre de este año no hubieran puesto en operación el programa? De no ejecutarse el 100 por ciento de los recursos del pro-

⁸ Entrevista con Cuitláhuac Ruiz, ex director del Programa Arranque Parejo en la Vida

⁹ Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Informe de Avance de Gestión Financiera Enero-Junio, 2003, www.shcp.sse.gob.mx

grama en cada estado, ¿qué se hace con ese financiamiento, toda vez que son recursos etiquetados del erario federal?

Para prevenir la mortalidad materna la atención debe ser oportuna. Un retraso en el ejercicio de los recursos-no sólo de la SSA, sino también de las entidades federativas-puede significar un atraso irreversible, que desemboque en no otorgar la atención de salud pertinente. Esta situación es particularmente grave, si se considera que las mujeres que requieren de estos servicios viven en condiciones de pobreza y en zonas de alta marginalidad.

Rendición de cuentas y transparencia en la información: la tarea pendiente

Sin dejar de reconocer los avances en materia de acceso a la información, a través de por ejemplo la creación del Instituto Federal de Acceso a la Información y de la promulgación de la ley Federal de Acceso de Transparencia y Acceso a la Información.

Existen problemas en esta materia y en la rendición de cuentas en los programas en salud, y en particular del programa Arranque Parejo en la Vida. Es así que hubo un avance paulatino en la desagregación de los datos en el Presupuesto de Egresos de la Federación hasta el 2003, en el cual se señalan claramente los recursos asignados al APV por el Ramo 12-SSA y el Ramo 13-FASSA, no obstante por las limitaciones en las normativas que establecen la rendición de cuentas de las entidades federativas, no se incluyen indicadores, universo de cobertura ni metas del programa por estado.

Asimismo, la dirección federal del programa no dispone o no ha hecho público los recursos aportados por los gobiernos estatales. Tampoco los recursos de otras instancias al interior de la secretaría como Planificación Familiar y del Centro Nacional de Salud a la Infancia y Adolescencia. Esta situación obliga a remitirse a la información que es pública, es decir la del Presupuesto de Egresos.

Por otro lado, las Cuentas Públicas estatales no dan a conocer el uso de los recursos por programa, es más se publica de manera agregada el gasto por las distintas vías de asignación al sector salud, por ejemplo del Instituto de Salud estatal, PEMEX, SEDENA, ISSSTE, IMSS, IMSS-Oportunidades, FASSA, Programa de Alcance Estatal y el Programa Normal del Gobierno del Estado. Además de que existen diferencias en la entrega de información de una entidad a otra.

Por último, el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2004, representa un retroceso alarmante ante todos los avances que en materia de transparentar el uso del gasto público se refiere. Se presenta totalmente agregada la información, es decir no son visibles ninguno de los programas dirigidos a la atención de la salud de las mujeres. Es evidente la contradicción entre un discurso de acceder y transparentar la información de los recursos públicos y la presentación del presupuesto 2004.

Consideraciones finales en torno a las prioridades nacionales

Más allá del discurso y las intenciones gubernamentales, la asignación del gasto público permite visibilizar efectivamente cuáles son las prioridades nacionales. Es así que al analizar la asignación a Obra Pública de distintas dependencias dentro del gobierno federal se puede poner en contraste en dónde están los énfasis en esta materia.

Arranque Parejo, tanto en la Secretaría de Salud como en el FASSA, no recibió recursos para este rubro. Sin embargo, a la Secretaría de Gobernación, se le entregaron 59,185,224 pesos corrientes para la redistribución de espacios físicos y acondicionamiento de inmuebles; a la SHCP se le allegaron recursos por 11,883,000 pesos corrientes para administrar y proporcionar a las unidades administrativas los recursos materiales; además esta dependencia recibió 9,037,000 pesos corrientes para realizar las auditorías institucionales previstas en el PACA (Programa Anual de Control y Auditoría). A la Procuraduría General de la República se le dieron 60,000,000 pesos corrientes para la construcción, conservación y mantenimiento de la infraestructura básica.¹⁰

Asimismo, la Unidad de Comunicación Social de la Secretaría de Hacienda, para difundir las actividades y compromisos del Gobierno Federal, ha registrado un sostenido crecimiento en su presupuesto desde el año 2001 con 117.7 miles de pesos corrientes, hasta el año 2004 en el cual en el proyecto de presupuesto se le asignan 245.1 miles de pesos corrientes; en contra partida Arranque Parejo en la Vida desapareció del presupuesto.

¹⁰ Fuente: Elaboración propia con datos de la SHCP, Informe de Avance de Gestión Financiera Enero-Junio, Ejercicio Programático de Económico Financiero del Gasto Programable Devengado, 2003, www.shcp.sse.gob.mx

Estas comparaciones ilustran que los recursos no se priorizan para las áreas sociales que así lo requieren, como el caso de infraestructura en salud que se ha analizado anteriormente.

Conclusiones y Recomendaciones

Como hemos visto, al revisar las características de la disponibilidad de recursos humanos, de infraestructura y equipamiento para la atención de la salud de la población abierta resalta una realidad de carencias marcadas, que limitan seriamente las acciones establecidas en el programa Arranque Parejo en la Vida. Estas condiciones adversas pueden debilitar el cumplimiento de las metas del mismo.

Además, al revisar la asignación del gasto en la esfera de la administración federal, los recursos no se están priorizando para ayudar a contar con un mejor entorno situacional en salud, principalmente en el caso de los estados más rezagados en este ámbito.

El hecho de que la implementación del programa en gran parte descanse en los aportes de la iniciativa privada, no deja claro a quién se le debe atribuir las responsabilidades del funcionamiento del mismo, por ejemplo en el caso de tener dificultades en la operatividad ¿a quién se le piden cuentas? Este aspecto es fundamental, en el entendido de que es un programa público de salud, enfocado a población en condiciones de alta marginalidad y con metas específicas a cumplir, y que la Secretaría de Salud es la encargada -como cabeza de sector-, de asegurar que efectivamente se otorguen los servicios básicos en salud y más aun en un programa a atender un problema de máxima urgencia como es la mortalidad materna.

Finalmente, es urgente avanzar de manera consistente entre las intenciones de una política de acceso a la información transparente, y el contenido de los documentos en los cuales se publica el gasto público, tanto en el nivel federal como en las entidades federativas. Para lo cual no sólo es básica la actuación del ejecutivo nacional y estatal, sino también del poder legislativo en ambos niveles.

Esta publicación y las investigaciones que la respaldan fueron apoyadas por la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur

2003-FUNDAR
Popotla 96-5
Tizapán San Ángel, 01090
México D.F.
www.fundar.org.mx
TEL/FAX 55-95-26-43