

LA SALUD: UN DERECHO SOCIAL, NO UN PRIVILEGIO

**Helena Hofbauer y Gabriel Lara
Con la colaboración de Bárbara Martínez**

Abril del 2002

FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación es una institución independiente, interdisciplinaria y plural dedicada a la investigación, difusión y enseñanza en torno a aspectos relacionados con la democracia y la participación ciudadana. El presente documento es parte del proyecto "Diálogo para explorar el análisis presupuestal aplicado, como una herramienta para promover los Derechos Económicos, Sociales y Culturales" apoyado por la Fundación Ford

ÍNDICE

1. DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES: UNA PERSPECTIVA INICIAL	3
2. EL DERECHO AL ESTÁNDAR MÁS ALTO POSIBLE DE SALUD: UN MARCO METODOLÓGICO PARA EL ANÁLISIS	4
3. EL DERECHO A LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN MEXICANA Y EN LA LEY GENERAL DE SALUD	6
4. EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001-2006	7
5. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: LA DESIGUALDAD INSTITUCIONALIZADA	12
6. EL GASTO PÚBLICO EN SALUD PARA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE Y POBLACIÓN ABIERTA: LA GEOGRAFÍA DE LA INEQUIDAD	13
7. RECURSOS E INFRAESTRUCTURA PARA POBLACIÓN ABIERTA: BRECHAS DE DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD	17
8. ALGUNAS CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	23
9. ANEXOS	25

1. DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES: UNA PERSPECTIVA INICIAL

Al inicio del siglo XXI, la humanidad enfrenta el enorme reto de revertir la creciente marginación de los pobres en el ámbito social y económico. Se estima que mil trescientos millones de personas—de las cuales 70 por ciento son mujeres—carecen del acceso a adecuada alimentación, agua, sanidad, servicios básicos de salud y educación primaria¹. El cinco por ciento de la población más rica del mundo acumula el 85 por ciento del ingreso global, mientras que el cinco por ciento de la población más pobre recibe tan sólo 1.4 por ciento del mismo.²

El modelo económico prevaleciente acepta, de manera implícita, que las necesidades básicas de millones de personas no serán cubiertas debido al inevitable efecto secundario de la economía de mercado. Los mercados están estructurados para responder a las necesidades de aquellos con ingresos adecuados y acceso a la información. Las necesidades humanas de quienes carecen del “poder de mercado” se vuelven invisibles, y solamente son atendidas parcialmente mediante la asignación de recursos públicos. Los temas económicos y sociales han sido considerados como “objetivos opcionales de las políticas públicas, en lugar de ser entendidos como asuntos de derechos humanos fundamentales”³.

Como consecuencia de la bipolaridad ideológica que caracterizó al periodo de la Guerra Fría, los derechos económicos, sociales y culturales fueron separados de los derechos civiles y políticos, al establecer una diferencia conceptual entre partes integrales de un núcleo comprensivo de derechos fundamentales. Esta separación fue expresada en términos de derechos civiles y políticos “negativos” y derechos sociales y económicos “positivos”. Mientras que se consideraba que los derechos “negativos” requerían solamente que el Estado se abstuviera de determinadas acciones para su realización, los derechos positivos requerían de acciones concretas para realizarse⁴.

Esta distinción artificial dejó a un lado el hecho de que todos los derechos humanos conllevan obligaciones, tanto “positivas” como “negativas”, de respeto, protección y cumplimiento. El respeto y la protección requieren que los Estados no interfieran con el goce de cierto derecho, a la vez de prevenir cualquier violación por parte de terceros. El cumplimiento demanda *medidas legislativas, administrativas, judiciales y presupuestarias* apropiadas para avanzar hacia el total cumplimiento del derecho.⁵ Ningún derecho, ya sea positivo o negativo, puede realizarse plenamente sin cumplir con estos tres aspectos.

Los derechos humanos “confieren a los seres humanos un cierto status existencial y establecen la obligación de los Estados de hacer todo lo posible por satisfacer este status existencial”.⁶ Los estados tienen la obligación de respetar los niveles básicos de subsistencia necesarios para vivir con dignidad, proteger esos niveles para que no sean

¹ UNHCHR, “Human Rights”, Special Issue on Women’s Rights, Spring 2000, Office of the High Commissioner for Human Rights, pp. 3 and 12.

² J. Häusermann, “An Emerging Consensus on the Right to Development: Some Current Initiatives Relevant to the Implementation of the Right to Development”, background paper for the Seminar on Right to Development: Challenges and Opportunities II, Geneva, 30 August-1 September 2000, p. 4.

³ UNIFEM, *Progress of the World’s Women 2000*, Biennial Report, UNIFEM, New York, 2000, p. 42.

⁴ J. Donnelly, *International Human Rights*, Westview Press, Boulder (CO), 1993, p. 26.

⁵ M. Scheinin, “Conceptual Framework for the Discussion”, Background Paper for the Women’s Enjoyment of Their Economic and Social Rights, Expert Group Meeting, Abo/Turku, Finland, 1-4 December 1997, p. 9 (emphasis added).

⁶ FIAN International, *Economic Human Rights: Their Time Has Come*, Heidelberg, 1995, p. 21.

menoscabados por terceros, así como tomar medidas apropiadas para que los grupos en situación vulnerable vean satisfechos sus niveles básicos de subsistencia.⁷

Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales los gobiernos están obligados a avanzar “de la manera más expedita y efectiva posible” hacia su cumplimiento, haciendo “uso del *máximo de recursos disponibles*”.⁸ Mientras que se reconoce que el cumplimiento progresivo depende de la disponibilidad de recursos, el concepto en sí “no permite la prolongación de la injusticia económica y la disparidad”; de igual forma prohíbe “que un gobierno recorte los servicios básicos...”⁹ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas enfatiza que “un Estado miembro en el que un número significativo de personas sean privadas de asistencia alimentaria esencial, de servicios básicos de salud, de vivienda o de los niveles básicos de educación, está, *prima facie*, fallando en cumplir con las obligaciones contraídas bajo el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”.¹⁰

Como contraste a la cláusula de cumplimiento progresivo, la prohibición de la discriminación en el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales es una obligación inmediata. La no-discriminación no sólo se traduce en un marco legal no discriminatorio, sino que implica que las políticas no sean discriminatorias en sus efectos¹¹--al facilitar el acceso a ciertos grupos, pero excluyendo a otros en la práctica. Los gobiernos tienen la obligación de instrumentar acciones programáticas concretas y deliberadas, con el objeto de reducir las inequidades existentes y asegurar el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales para todos.

2. EL DERECHO AL ESTÁNDAR MÁS ALTO POSIBLE DE SALUD: UN MARCO METODOLÓGICO PARA EL ANÁLISIS

Durante la primera mitad del siglo pasado, era común que la salud se definiera negativamente, como la ausencia de enfermedades. Este concepto cambió radicalmente con los principios que rigen a la Organización Mundial de la Salud (OMS), que definió a la salud positivamente, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”¹². Desde entonces, la salud se ha definido en un sentido más amplio, debiéndose entender en relación con el medio ambiente, la nutrición, la alimentación, el trabajo y las condiciones de vida. Por lo tanto, también abarca la pobreza y la distribución del ingreso.

Es a raíz de este concepto comprensivo de salud que ésta empieza a ser considerada como parte fundamental de los derechos humanos. En la Constitución de la OMS se señala que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”¹³. La importancia de la enunciación de este

⁷ *Loc. cit.*

⁸ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 3: The Nature of States Parties' Obligations”, 1993, par. 9 (emphasis added).

⁹ Center for Economic and Social Rights, *Economic, Social and Cultural Rights: Guide to the Legal Framework*, New York, January 2000, p. 8.

¹⁰ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *op. cit.*, par. 10.

¹¹ Center for Economic and Social Rights, *op. cit.*, pp. 9s.

¹² Organización Panamericana de la Salud, “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, en *Documentos Básicos*, Documento Oficial núm. 240, Washington, 1991, p. 23.

¹³ *Loc. cit.*

principio radica en que fue la primera vez que los Estados reconocieron el derecho de las personas “al grado más alto de salud, bajo los parámetros de universalidad, sin discriminación de ningún tipo, asegurando el acceso y el disfrute equitativo”¹⁴.

Siguiendo esta línea, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁵ define los compromisos asumidos por los Estados de la siguiente manera:

1. Los Estados Partes del presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes del presente Pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) Las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Según el comentario general 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, el derecho al más alto estándar de salud en todos sus niveles y formas se caracteriza por los siguientes principios rectores:

Universalidad: La universalidad en relación al derecho a la salud supone que todos y todas deben tener acceso a servicios preventivos, curativos y a demás medidas relacionadas con la preservación de la salud, gozando las mismas oportunidades y beneficios. En este sentido, “la universalidad supone también que deben eliminarse las barreras que impiden el ejercicio del derecho en condiciones dignas”¹⁶.

Progresividad e irreversibilidad: el carácter progresivo del derecho a la salud implica que los Estados tienen la obligación continua de avanzar, de la manera más efectiva y expedita posible, hacia su realización plena. El derecho a la salud evoluciona progresivamente, creando referentes en cuanto a su goce y ejercicio; los logros alcanzados no admiten retrocesos. La política gubernamental no debe conducir a una disminución de los estándares previamente alcanzados en materia de acceso a los servicios de salud, independientemente de la coyuntura económica o política¹⁷.

Disponibilidad: Implica un sistema funcional de salud pública, instalaciones, bienes y servicios para garantizar la atención a la salud, así como la existencia de programas con cobertura amplia, que permitan asegurar el acceso a agua potable y a condiciones adecuadas de sanidad, hospitales, clínicas y otras instancias relacionadas con el cuidado

¹⁴ Provea, *La salud como derecho: marco nacional e internacional de protección del derecho humano a la salud*, Serie Aportes núm. 3, Caracas, 1996, p. 10.

¹⁵ Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 16 de septiembre de 1966. Entró en vigor el 3 de enero de 1976.

¹⁶ Provea, *op. cit.*, p. 30.

¹⁷ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, “General Comment 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health”, UN Doc. E/C.12/2000/4, 2000, par. 31 y 32.

de la salud. Esto también comprende la atención por parte de personal profesional y bien capacitado, así como la existencia y el abastecimiento de medicamentos esenciales¹⁸.

Accesibilidad: Abarca el acceso a los servicios de salud a lo largo de distintas etapas de la vida y distribución geográfica de la población. Esto significa que los servicios de salud deben ser accesibles para todos sin discriminación, particularmente para los sectores más vulnerables o marginados de la población. Conlleva la accesibilidad física, económica y en términos de información¹⁹.

Igualdad y equidad: Hace referencia a prácticas y servicios no discriminatorios, en el sentido de que todos deben tener el derecho de acceder al sistema de salud y a gozar de sus beneficios, sin distinción alguna. Sin embargo, esta igualdad no significa asegurar, de manera uniforme, lo mismo para todos, sino garantizar que haya oportunidades similares para aquellos sectores que encuentran mayores obstáculos para la satisfacción del derecho a la salud, particularmente para los sectores más vulnerables. Implica la distribución de recursos presupuestarios, técnicos y humanos con base en las necesidades individuales y colectivas.

Calidad: las instalaciones, los bienes y los servicios de salud deben ser científica y médicamente apropiados y de buena calidad; deben contar con personal preparado, medicamentos aprobados y vigentes, así como el equipo médico necesario, agua potable y adecuada sanidad²⁰.

Gratuidad: El Estado tiene la obligación de garantizar la salud a toda la población, especialmente a aquellos sectores más vulnerables y a los que carecen del acceso a sistemas de seguridad social o de recursos. La gratuidad se relaciona de manera directa con la accesibilidad, ya que “está demostrado que la implantación de cobros de tarifas a los usuarios determina una disminución en la demanda de los servicios sanitarios”²¹.

3. EL DERECHO A LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN MEXICANA Y EN LA LEY GENERAL DE SALUD

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estipula que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. De acuerdo con la Ley General de Salud, que es el marco normativo que detalla las acciones que el Estado mexicano deberá llevar a cabo para instrumentar su quehacer en la materia, el derecho a la protección de la salud se traduce primordialmente en el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población (art. 2).

La salubridad general es responsabilidad de la Federación y de las entidades Federativas e implica, entre otras, la atención médica, *preferentemente en beneficio de grupos vulnerables* (art. 3). A la Federación le corresponden las facultades normativas de la salubridad, ámbito en el cual se encuentra la atención médica a la población, mientras que a las entidades les corresponde organizar, operar, supervisar y evaluar la atención médica, entre otras facultades (art. 13).

¹⁸ *Ibid.*, par. 12

¹⁹ UN Committee on ESC Rights, “General Comment 14...”, *op. cit.*, par. 12.

²⁰ UN Committee on ESC Rights, “General Comment 14...”, *op. cit.*, par. 12.

²¹ PNUD, *Informe de Desarrollo Humano 1991*, Colombia, Tercer Mundo Editores, 1991, p. 280.

En la Ley General de Salud se consideran como servicios básicos de salud la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias (art. 27). Para ello se establece un cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica y un catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel (art. 28), cuya existencia y disponibilidad debe estar garantizada por la Secretaría de Salud (art. 29).

Sobre la prestación de los servicios de salud, la Ley establece que los servicios públicos a la población en general se prestarán a los habitantes que lo requieran, garantizando “la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables” (art. 25). Además, estos servicios se regirán por criterios de *universalidad* y de *gratuidad*—ésta última fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios (art. 35).

No obstante, el Ejecutivo Federal y las Entidades Federativas pueden determinar cuotas de recuperación por la prestación de los servicios de salud, basadas en el costo de los servicios y la condición socioeconómica de los usuarios. Estas cuotas deberán fundarse en el principio de solidaridad social, *eximiendo de ellas a los usuarios que carezcan de recursos para cubrirlas* (art. 36).

La descentralización de recursos para la atención de la salud:

El instrumento que regula la transferencia de recursos de la Federación hacia los estados para operar los respectivos sistemas de salud, es la Ley de Coordinación Fiscal. En ella se establece la creación de las Aportaciones Federales, que son recursos que la Federación transfiere a los estados o municipios para la consecución y cumplimiento de los objetivos que la misma ley establece para cada fondo (art. 25).

Para el caso de los servicios estatales de salud, existe el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), cuyo monto es determinado anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación (art. 30).

4. EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001-2006

Con cada inicio de gobierno se presentan programas sectoriales que buscan sentar las líneas directrices en materias específicas del quehacer gubernamental. Estos programas se desprenden del Sistema de Planeación Democrática y dan sustento a las grandes líneas identificadas en el Plan Nacional de Desarrollo.

El eje central del Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS) es la “democratización de la salud”, la cual implica “crear las condiciones para que toda la población pueda acceder a los bienes y servicios sociales correspondientes, independientemente de su capacidad de pago o de la facilidad de acceso al lugar donde habita. La protección a la salud no puede ser considerada una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio: es un *derecho social*...”²²

Partiendo de este reconocimiento explícito de la salud como un derecho, no un bien o una mercancía sujeta a negociación, a continuación se presenta una tabla que integra las características y principios rectores del derecho a la salud, sus equivalentes en la legislación nacional y las propuestas que en la materia se desprenden del PNS.

²² Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, México, 2001, p. 17.

Principios rectores	Legislación mexicana	Programa Nacional de Salud
Universalidad	<p>Artículo 4° de la Constitución: "toda persona tiene derecho a la protección de la salud".</p> <p>Artículo 35 de la Ley General de Salud: "Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios."</p>	<p>Estrategia 5: Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población: Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular universal y equitativo, para garantizar que en 2006 esté cubierta toda la población; promover y ampliar la afiliación al seguro social (esquemas de afiliación voluntaria a la seguridad social dirigidos a trabajadores no asalariados y a las familias con capacidad de pago); ordenar y regular los seguros privados como medida complementaria.</p>
Progresividad	<p>Artículo 25 de la Ley General de Salud: "conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables".</p>	<p>Estrategia 5: Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población: Avanzar en el doble frente de la cobertura geográfica y la integralidad de la atención (extensión de servicios a las comunidades marginadas que carecen de atención, mejores servicios de primer nivel).</p>
Igualdad-Equidad	<p>Artículo 1° de la Constitución: " queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas".</p> <p>Artículo 25 de la Ley General de Salud: "conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables".</p>	<p>Estrategia 1: Vincular a la Salud con el desarrollo económico y social: Promover la perspectiva de género en el sector salud (crear conciencia sobre las necesidades especiales de las mujeres; reducir las inequidades; mejorar la calidad de la atención; fortalecer la protección financiera de las mujeres en materia de salud).</p> <p>Estrategia 2: Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres: Mejorar la salud y la nutrición de los pueblos indígenas (comunicación educativa en salud y nutrición; capacitación a médicos, enfermeras y personal comunitario en el manejo de un enfoque transcultural).</p> <p>Estrategia 5: Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población: Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular universal y equitativo, para garantizar que en 2006 esté cubierta toda la población; promover y ampliar la afiliación al seguro social (esquemas de afiliación voluntaria a la seguridad social dirigidos a trabajadores no asalariados y a las familias con capacidad de pago); ordenar y regular los seguros privados como medida complementaria.</p> <p>Estrategia 6: Construir un federalismo cooperativo en materia de salud: Definición de criterios explícitos para la asignación del presupuesto global de inversión, de tal manera que refleje las necesidades de expansión de la infraestructura; utilización de mecanismos de presupuestación o pago en las instituciones descentralizadas consistentes con la demanda.</p>

Accesibilidad	<p>Artículo 35 de la Ley General de Salud: "son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios".</p> <p>Artículo 25 de la Ley General de Salud: "conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizara la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables".</p>	<p>Estrategia 5: Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población: Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular universal y equitativo, para garantizar que en 2006 esté cubierta toda la población; promover y ampliar la afiliación al seguro social (esquemas de afiliación voluntaria a la seguridad social dirigidos a trabajadores no asalariados y a las familias con capacidad de pago); ordenar y regular los seguros privados como medida complementaria.</p> <p>Estrategia 6: Construir un federalismo cooperativo en materia de salud: Garantizar el acceso efectivo de la población de alta marginación, tanto rural como urbana, a servicios de salud mediante la focalización de ciertos programas en las comunidades y grupos poblacionales más vulnerables.</p>
Gratuidad	<p>Artículo 35 de la Ley General de Salud: "son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios".</p> <p>Artículo 36 de la Ley General de Salud: "Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustaran a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia en Ejecutivo Federal y los Gobiernos de las Entidades Federativas. Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomara en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario. Las cuotas de recuperación se fundaran en principios de solidaridad social y guardaran relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud."</p>	

Disponibilidad	<p>Artículo 23 de la Ley General de Salud: “Para efectos de esta ley se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad”.</p> <p>Artículo 2 de la Ley General de Salud: El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades: “El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población”.</p> <p>Artículo 3 de la Ley General de Salud: Es materia de salubridad general: “La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud; la promoción de la formación de recursos humanos para la salud”.</p> <p>Artículo 29 de la Ley General de Salud: “Del cuadro básico de insumos del sector salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera...”</p>	<p>Estrategia 6: Construir un federalismo cooperativo en materia de salud: Definición de criterios explícitos para la asignación del presupuesto global de inversión, de tal manera que refleje las necesidades de expansión de la infraestructura; utilización de mecanismos de presupuestación o pago en las instituciones descentralizadas consistentes con la demanda. Establecimiento de nuevos mecanismos para la reasignación equitativa de recursos, especialmente de la fórmula del FASSA.</p> <p>Estrategia 7: Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud: Reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos. Abasto de los medicamentos esenciales y surtimiento de las recetas en las unidades de primer nivel.</p>
Calidad	<p>Artículo 6 de la Ley General de Salud: El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos: “Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas”.</p>	<p>Estrategia 4: Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud: Mejorar la calidad abatiendo las desigualdades entre entidades, instituciones y niveles de atención; garantizar un trato digno a los usuarios a través de atención oportuna e información completa y ofrecer mayores oportunidades de realización profesional a todos los trabajadores del sistema de salud.</p>

De la tabla anterior se desprende lo siguiente:

1. Todas las características y principios rectores identificados tienen equivalencia en la legislación nacional, principalmente en la Ley General de Salud. Sin embargo, la calidad con la cual han sido retomados estos principios varía de manera sustancial.

- a. En algunos casos, como el de la progresividad—un deber expresamente contraído en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales—la provisión establecida en la Ley General de Salud es bastante explícita, al referirse a la **extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud**.
- b. En el caso de la igualdad, sin embargo, no hay ninguna cláusula que explícitamente retome la prohibición de prácticas discriminatorias en los servicios de salud ofrecidos por instituciones públicas o privadas.
- c. Ausencias similares se registran para el acceso a los servicios de salud.

2. También se observa que la mayoría de los principios rectores y características del derecho a la salud encuentran expresión en el Programa Nacional de Salud, si bien no retoman necesariamente todo los componentes del contenido central de los principios rectores.

- d. Con respecto a la equidad es de celebrarse que el PNS incluya acciones concretas para reducir las brechas de inequidad y desigualdad existentes para algunos de los grupos más marginados y desfavorecidos, como las comunidades indígenas y las mujeres.
- e. El acceso a los servicios de salud no se enuncia expresamente en las estrategias, si bien se sobreentiende que la ampliación de la cobertura de los servicios apunta hacia esto.
- f. Es preocupante que la gratuidad no esté contemplada entre los factores que conforman los principios e ideas generales del PNS, sobre todo porque algunas de las propuestas que incluye atentan de manera directa contra este principio.

Como marco metodológico para analizar hasta qué punto la asignación presupuestal es consistente con lo que marca el derecho a la salud, tal y como ha aterrizado en la legislación nacional y en el programa que regulará las acciones del sector salud durante el actual gobierno, proponemos retomar dos características generales de los derechos humanos—la universalidad y la progresividad—y tres principios rectores del derecho a la salud: la disponibilidad, la accesibilidad y la igualdad / equidad.

5. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: LA DESIGUALDAD INSTITUCIONALIZADA

La Secretaría de Salubridad y Asistencia fue creada en 1943 al conjuntarse dos instituciones: la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad.²³ Paralelamente fue fundado el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y, posteriormente, el Instituto de Servicios y Seguridad Social 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 PEMEX; todos ellos operando de manera separada.

Con esta división del sistema de salud se separó formalmente a los beneficiarios de la seguridad social, es decir los trabajadores inscritos en el sector privado o público, así como a sus familiares directos, de la población restante, primordialmente campesinos. Para todo fin práctico, se desarrolló un sistema desigual y discriminatorio en el acceso y atención de la salud, que llevó a que en 1980 la mitad de la población estuviera cubierta por el IMSS y el ISSSTE, mientras que el resto se atendía en los servicios para la población abierta o en servicios privados. Adicionalmente, a partir de 1979 se estableció el Programa IMSS-Coplamar²⁴, diseñado para combatir la marginación de las comunidades indígenas mediante servicios de salubridad y de primer nivel de atención.

A principios del sexenio de Ernesto Zedillo (1994-2000) 10 millones de mexicanas y mexicanos seguían sin tener acceso a servicios básicos de salud.²⁵ La respuesta gubernamental fue promover una reforma al sector que incluyera nuevos programas y métodos para transformar la estructura de acceso y prestación de los servicios, en aras de ampliar la cobertura²⁶.

Como resultado se puso en operación el Seguro de Salud para la Familia—con el cual se pretendió ampliar la cobertura de los servicios del IMSS a trabajadores independientes y de la economía informal. Asimismo, se continuó con el proceso de descentralización hacia Estados y Municipios: en 1998 se creó el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33, con el que se destinan recursos para que los Estados operen sus respectivos servicios de salud.

En 1983 inició el proceso de descentralización del sector salud, a través del Programa Nacional de Salud 1984-1988 y la Ley General de Salud, aplicables a la Secretaría de Salud y el IMSS-COPLAMAR*. Como parte de este proceso, se determinó que las fuentes de financiamiento serían la Federación, las entidades Federativas, los convenios de cofinanciamiento (Convenios Únicos de Desarrollo) y las aportaciones directas de la sociedad (cuotas de recuperación). Al aumentar los recursos provenientes de los estados se estancó el financiamiento otorgado por la Federación, provocando parálisis y rezagos en programas de inversión—ya que la mayoría de los recursos se utilizaban en gasto corriente. Este último aspecto denota una de las mayores debilidades del proceso de descentralización, que procuró mantener centralizadas las decisiones en lo referente al control y facultades normativas, y sólo traspasó la operación de los servicios a los estados.

Fuente: L. Flamand Gómez, *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí*, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, División de Administración Pública, Documento de Trabajo número 55, México, 1998, p. 19.

²³A. Torres Ruiz, *Descentralización en salud: algunas consideraciones para el caso de México*, Centro de Investigación y Docencia Económicas, División de Administración Pública, Documento de Trabajo número 69, México, 1997, p. 10.

²⁴Dicho programa fue sustituido diez años después por IMSS-Solidaridad y actualmente opera en 17 Estados de la República, con recursos federales.

²⁵Poder Ejecutivo Federal, *Programa de Reforma del Sector Salud. 1995-2000*, México, 1995, p.15.

²⁶*Ibid.*, p. 14.

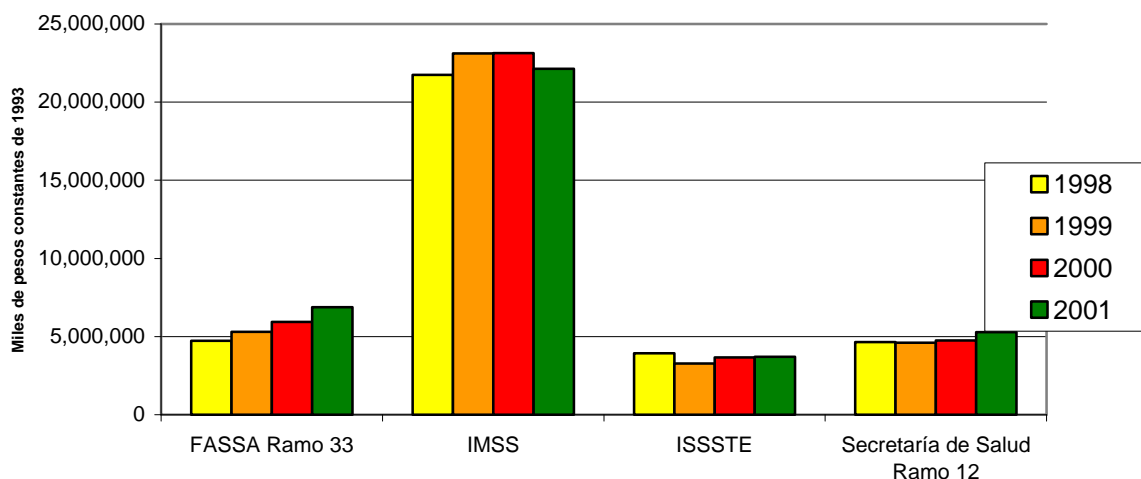
Para atender a la población en condiciones severas de marginación se pusieron en marcha dos programas: el Programa de Ampliación de la Cobertura (PAC) y el componente de salud del Programa de Educación, Salud y Alimentación, (PROGRESA). Con estos programas se buscó brindar un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS), conformado por 13 acciones prioritarias de bajo costo y alta eficiencia²⁷.

6. EL GASTO PÚBLICO EN SALUD PARA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE Y POBLACIÓN ABIERTA: LA GEOGRAFÍA DE LA INEQUIDAD

Los recursos públicos para la atención a la salud se separan en gasto destinado a población con seguridad social y gasto para la población que no cuenta con este beneficio, llamada población abierta. Para ésta, los servicios de salud se otorgan a través de los sistemas estatales de salud, cuyo financiamiento proviene en gran parte de las transferencias federales del FASSA. Una pequeña parte de los servicios se encuentra en el presupuesto de la propia Secretaría de Salud, quien transfiere recursos a programas orientados hacia población en condiciones de pobreza extrema.

La siguiente gráfica muestra el gasto en salud ejercido a través de las principales instituciones de salud pública del país. Claramente, la seguridad social duplica los recursos que se le asignan a la atención de las necesidades de la población abierta.

Gráfica I : Distribución por dependencia del gasto en salud 1998-2001



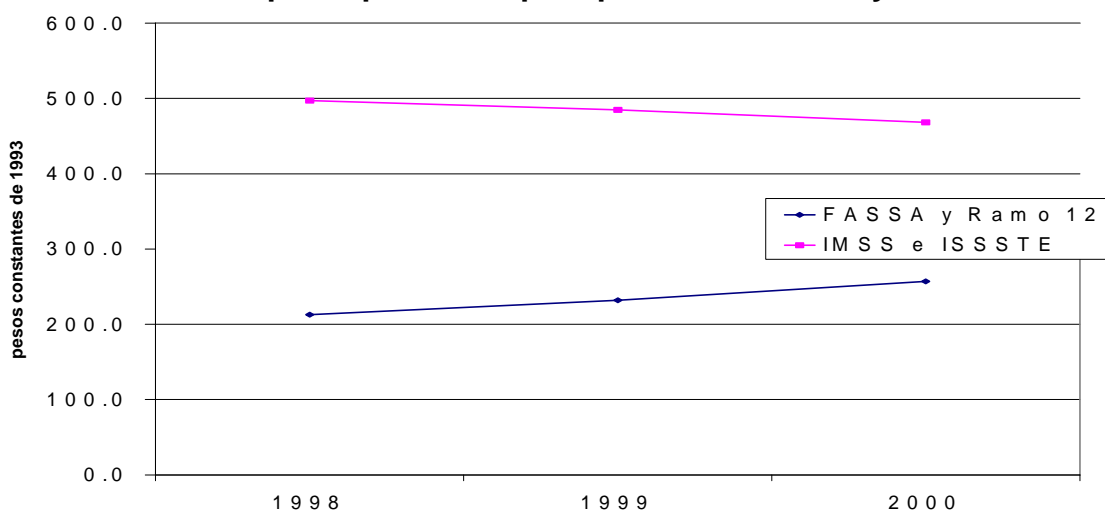
Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 1998,1999 y 2000 y del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001. (Véase tabla I del anexo)

Para 1998, el gasto per cápita que se destinó a la población atendida por el IMSS y el ISSSTE fue de 497.1 pesos, mientras que para la salud de la población abierta el monto destinado a través del FASSA y de la SSA fue de 212.7 pesos (ambas cifras a pesos

²⁷ Estas acciones comprenden el saneamiento básico a nivel familiar; planificación familiar; atención prenatal, del parto y puerperio, y del recién nacido; vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil; inmunizaciones; manejo de casos de diarrea en el hogar; tratamiento antiparasitario a las familias; manejo de infecciones respiratorias agudas; prevención y control de la tuberculosis pulmonar; prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones; capacitación comunitaria para el auto cuidado de la salud; prevención y detección del cáncer cérvico uterino.

constantes de 1993). Si bien esta brecha se reduce en los siguientes dos años, deja en claro que para los mexicanos sin protección formal garantizada, los recursos equivalen a menos de la mitad de lo que se destina a quienes se encuentran al amparo de los sistemas de seguridad social. En el año 2000, por ejemplo, el 71.5 por ciento del gasto total en salud se destinaba a la población derechohabiente, y tan sólo el 28.5 por ciento restante a la población abierta.²⁸

Gráfica II: Gasto per cápita anual para población abierta y derechohabiente



Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 1998, 1999 y 2000 (tabla II, anexo).

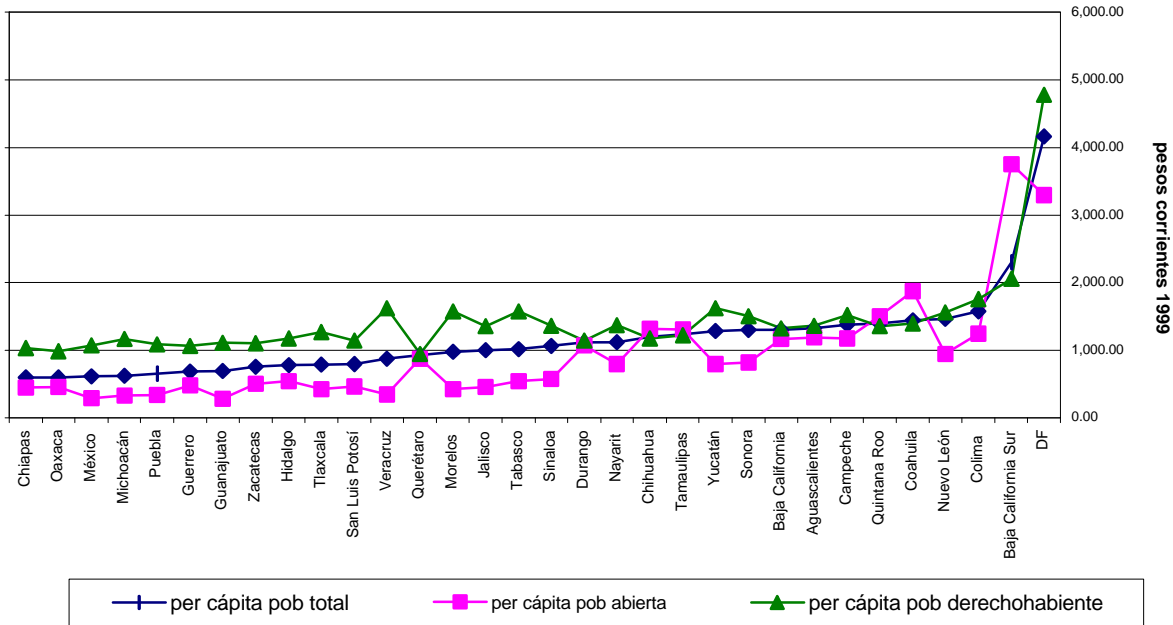
Esta asignación inequitativa de recursos marca una distinción ineludible entre la población derechohabiente y la abierta—acentuando la diferenciación de por sí existente entre los servicios y garantías a las cuales cada una de ellas tiene acceso. La disparidad en la asignación presupuestaria se incrementa al analizar la distribución de recursos entre los estados (gráfica III).

En 1999, el gasto per cápita total de salud (sumando los recursos destinados a población abierta y derechohabiente) fue de 595 pesos para el estado de Chiapas, mientras que para el estado de Baja California Sur se ubicó en 2,299 pesos. Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla reportaron el gasto per cápita para la población total más bajo del país, a pesar de ser los estados con mayor índice de marginación y necesidades básicas insatisfechas²⁹: en los estados del sur, donde se concentra la población indígena, los rezagos son escandalosos. La tasa de mortalidad de las niñas y los niños indígenas es 58 por ciento más alta que la de la infancia del resto del país. El riesgo de morir para una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces más alto que el de una mujer no indígena. Las principales causas de muerte en estos estados son diarreas, muerte materna, tuberculosis y neumonías.

²⁸ Datos calculados con cifras de la Cuenta Pública 2000.

²⁹ En esta comparación se dejó fuera el gasto del DF—que tuvo una asignación per cápita de 4,166 pesos—debido a que en el Distrito Federal se concentran la mayor parte de los hospitales de segundo y tercer nivel donde se atiende a población de todo el país, por lo que su presupuesto es mayor.

Gráfica III : Gasto per cápita estatal para la función 08 salud en 1999



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, *La Situación de la Salud 1999*, www.ssa.gob.mx.

La brecha existente se profundiza al diferenciar el gasto per cápita destinado a la población abierta y derechohabiente. Únicamente en Tamaulipas, Chihuahua, Quintana Roo y Baja California Sur, el gasto per cápita de la población abierta fue mayor al de la derechohabiente. Como contraste, en Chiapas se destina el 57 por ciento del presupuesto total de salud a atender las necesidades del 75 por ciento de la población, que carece de protección formal; para Oaxaca, la relación es de 56 por ciento de los recursos para el 73 por ciento de la población. Ambos estados asignan aproximadamente 450 pesos al año per cápita a la atención de los requerimientos de salud de su población abierta, siendo que hay casos como el estado de México y Guanajuato, en los cuales se destinan menos de 300 pesos a cada habitante no asegurado. Para Guanajuato, esto equivale apenas al 25 por ciento de lo que le corresponde a un asegurado (ver anexo, tablalll).

Ante este desbalance, vale la pena preguntarse cuáles son los esquemas que el sector salud ha promovido para atender las necesidades de los grupos que se encuentran en las condiciones más desventajosas para acceder a opciones integrales de atención a la salud. El eje central del PNS es la “democratización de la salud”, que “implica primeramente crear las condiciones para que toda la población pueda acceder a los bienes y servicios sociales correspondientes, independientemente de su capacidad de pago o de la facilidad de acceso al lugar donde habita.”³⁰

Según la información de cuentas nacionales, el “50 por ciento del gasto total en salud es gasto privado y más del 90 por ciento del mismo es gasto que proviene directamente del bolsillo personal... Este último tiende a ser mayor, como porcentaje del ingreso total, en los hogares más pobres. Asimismo se calcula, conservadoramente, que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos se ven obligados a hacer uso de más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención a la salud...”.

Fuente: Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, México, 2001, p.57.

³⁰ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006... op. cit.*, p. 17.

Desde finales de la década de los años setenta, el acceso de la población marginada a servicios de salud se ha tratado de garantizar por medio de la focalización de ciertos programas en las comunidades y grupos poblacionales más vulnerables. Si bien en teoría la focalización es una respuesta que parte de la necesidad de atender, con énfasis especial, a los grupos más rezagados, en la práctica ha implicado la asignación de recursos mínimos que difícilmente pueden satisfacer las necesidades urgentes.

La Secretaría de Salud pretende atender las necesidades de la población en pobreza extrema por medio de seis programas focalizados: PROGRESA, Arranque Parejo en la Vida, Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas, Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), IMSS-Solidaridad y Seguro Popular. El total de recursos asignados a estos programas es de 9,266 millones de pesos para 2002, lo cual es equivalente al 42 por ciento del total de recursos asignados a la Secretaría.

Tabla I: Asignación presupuestal de programas focalizados de salud (pesos corrientes)

Programa	Monto 2002
Arranque Parejo en la Vida	67,472,531
Seguro de Salud Popular	202,618,064
PROGRESA (componente salud)	3,173,600,000
PAC	1,164,913,774
IMSS-Solidaridad	4,424,633,727
Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas	233,553,896
Total	9,266,791,992

Fuente: Elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2002.

Con este presupuesto se busca atender las necesidades de 26 millones de mexicanas y mexicanos y, de esta manera, revertir los rezagos históricos y estructurales más profundos del país. Es evidente la insuficiencia de los recursos focalizados para proveer servicios integrales de salud a quienes viven en pobreza extrema, agravado por la pobreza de infraestructura que caracteriza a estas regiones, que será analizada en la siguiente sección.

Desde una perspectiva general, hasta este punto se puede decir que la **progresividad** del derecho a la salud ha sido un objetivo del gobierno—por lo menos desde el punto de vista de la ampliación de los servicios mínimos indispensables para atender las necesidades de la población que no cuenta con acceso a los sistemas de seguridad social. Si bien el objetivo de la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, es decir, su **universalidad**, ha sido una constante, este esfuerzo difícilmente se ha caracterizado por el principio de la **equidad**: la distribución de recursos presupuestarios tiene marcados sesgos de desigualdad, toda vez que a la población más desprotegida se le destinan menos recursos y, por lo tanto, se mantienen intactas las brechas que la separan de estándares adecuados de salud. Esta situación se agrava para grupos específicos, como lo son las comunidades indígenas y la población en condiciones de pobreza extrema.

7. RECURSOS E INFRAESTRUCTURA PARA POBLACIÓN ABIERTA: BRECHAS DE DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD

La sección anterior ilustró que el gasto en salud entre los estados tiene un importante sesgo inequitativo que perpetúa la disparidad en las condiciones de salud de las mexicanas y los mexicanos. Por un lado, no atenúa las brechas existentes: los estados con mayores ingresos y mejores niveles de salud son a los que se les asigna un mayor gasto en salud per cápita. Si bien esto puede significar que cuentan con una realización más plena de su derecho a la salud, también implica que la población más vulnerable—en beneficio de la cual se deberían orientar los servicios, tanto por criterios definidos a nivel internacional³¹ como en la legislación nacional³²—se está quedando rezagada. Por el otro lado, esta inequidad se acentúa cuando se analiza la composición de los recursos de salud a nivel estatal, toda vez que a la atención de la población abierta se le destina menos recursos que a la de la población derechohabiente.

En la siguiente tabla se presentan los diez estados con mayor porcentaje de población abierta. Como se puede apreciar, cuatro de ellos son los que tienen los índices más altos de marginación a nivel nacional: Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Veracruz. (Tabla II)

Tabla II: Los diez estados con mayor porcentaje de población abierta para 1999

Entidad Federativa	Población Total	Población Abierta	Población Derechohabiente	porcentaje población abierta	Grado de marginación CONAPO 1995
Chiapas	3,994,597	3,015,344	979,253	75	Muy alto
Oaxaca	3,545,614	2,593,319	952,295	73	Muy alto
Guerrero	3,131,946	2,046,034	1,085,912	65	Muy alto
Michoacán	4,180,292	2,734,132	1,446,160	65	Alto
Hidalgo	2,281,506	1,434,498	847,008	63	Alto
México	12,833,088	7,583,095	5,249,993	59	Bajo
Zacatecas	1,430,706	839,650	591,056	59	Alto
Puebla	5,059,726	2,915,754	2,143,972	58	Alto
Veracruz	7,054,167	4,122,727	2,931,440	58	Muy alto
Tlaxcala	970,571	551,383	419,188	57	Medio

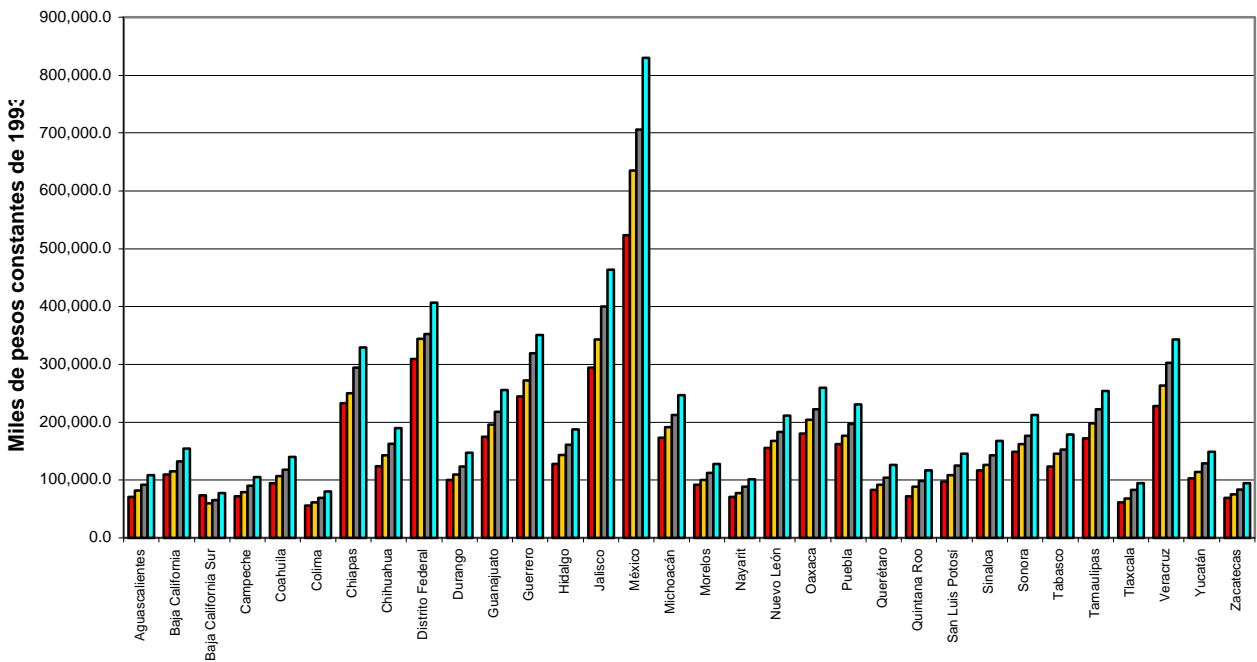
Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, La Situación de la Salud, 1999, www.ssa.gob.mx, (tabla IV, anexo)

Parte de los recursos ejercidos por cada estado en salud proviene del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), que es una aportación federal financiada con impuestos generales. Los recursos del FASSA se destinan principalmente a la atención de la población que no cuenta con seguridad social. Desde 1998, año en el que se creó el FASSA como un mecanismo de descentralización de los recursos de salud, la tendencia ha sido de constante y sostenido aumento (gráfica IV).

³¹ UN Committee on ESC Rights, “General Comment 14...”, *op. cit.*, par. 12.

³² Artículo 3, Ley general de Salud.

Gráfica IV: Distribución Estatal del FASSA 1998-2001



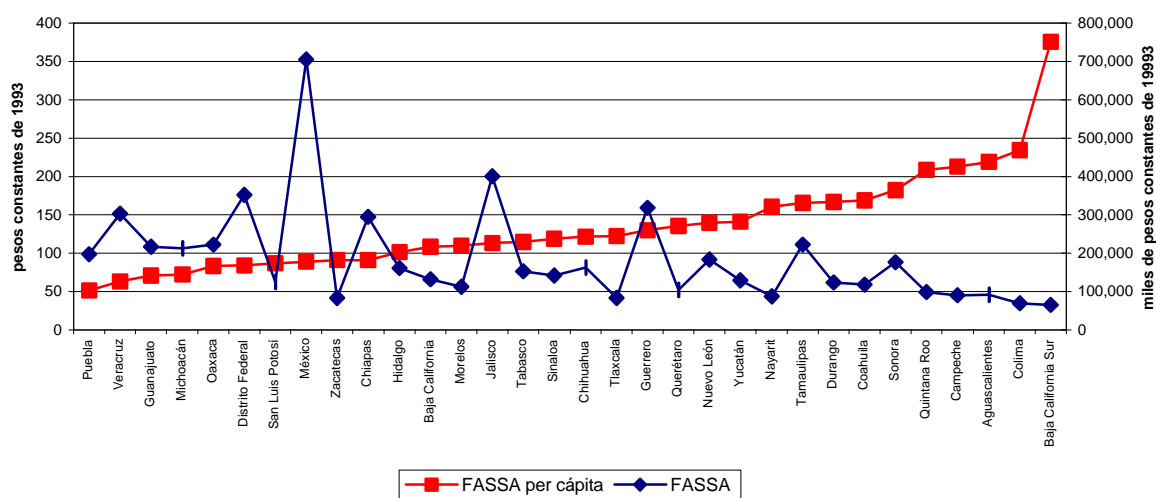
Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 1998,1999 y 2000 y del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001 (véase tabla V del anexo).

En la gráfica puede observarse cierta congruencia entre la asignación de los recursos del FASSA y los porcentajes de la población abierta, hacia la cual se orienta: Chiapas, Guerrero, Veracruz y México reciben los montos más altos, y su población sin acceso a los sistemas de seguridad social oscila entre 58 y 75 por ciento del total. Sin embargo, la congruencia inicial entre los montos y las necesidades de atención se reduce al examinar la asignación per cápita que representan.

En la gráfica V se puede apreciar que el Estado de México recibe más del doble de recursos del FASSA que los demás estados del país. Sin embargo, se ubica entre los diez estados con más baja asignación per cápita del país. Otros ejemplos a destacar son Veracruz y Oaxaca, dos de los cuatro estados con mayores índices de marginación: Veracruz tiene el segundo nivel de FASSA per cápita más bajo del país, mientras que Oaxaca—a pesar de tener recursos globales importantes—registra niveles de gasto en salud por habitante menores que 27 de los 32 estados del país.

El índice de marginación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) de 1995 está construido con base en los siguientes porcentajes: población analfabeta de 15 años y más; población sin primaria completa de 15 años y más; ocupantes en viviendas particulares sin agua entubada; sin drenaje; sin energía eléctrica; con piso de tierra; viviendas con hacinamiento; población que reside en localidades con menos de cinco mil habitantes y población ocupada que gana hasta dos salarios mínimos. De acuerdo a los resultados del índice de marginación, Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz tienen marginación muy alta. En estos estados, el porcentaje de población económicamente activa que gana como máximo dos salarios mínimos fue de 81.9, 75.9, 79.7 y 76.45, respectivamente. En Campeche, Hidalgo, Michoacán, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Yucatán y Zacatecas el grado de marginación es alto.

**Gráfica V: Gasto Federal en salud a través de FASSA
2000**



Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 2000 y del Programa Nacional de Salud 2001-2006 (véase tabla VI del anexo).

La asignación de recursos a nivel estatal tiene un impacto directo en la disponibilidad de un sistema funcional de salud, con instalaciones, programas, personal y medicamentos adecuados. Por lo tanto, es relevante contrastar esta información con las capacidades de atención a la población, mediante la existencia de infraestructura pertinente.

Para medir la situación de la salud se utilizan indicadores de mortalidad general, infantil y materna, causas de enfermedad y la esperanza de vida al momento de nacer. En México los índices de mortalidad y el cambio en los patrones de morbilidad por sexo y edad han ido transformándose a lo largo de las últimas cuatro décadas. Si bien se ha intensificado la prevalencia de enfermedades crónicas, que demandan intervenciones altamente costosas y prolongadas, la persistencia de enfermedades consideradas evitables (como las infecciones respiratorias agudas y gastrointestinales) siguen afectando sobre todo a los grupos más marginados y empobrecidos.

Esta combinación de padecimientos pretransicionales y enfermedades crónico degenerativas requiere de infraestructura que garantice el acceso a los tres niveles de atención³³. Una radiografía de la

Para 1999, la tasa de **mortalidad general** se ubicó en 4.52 defunciones por mil habitantes, y fue rebasada en los estados de Puebla, Oaxaca, el D.F. y Chihuahua. Las principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la diabetes mellitus (que suman casi el 38 por ciento), seguidas por los accidentes, la enfermedades del hígado y las cerebrovasculares. Las “demás causas” suman casi el 32 por ciento de los casos.

La tasa de **mortalidad materna** para 1999 fue de 5.3 por cada 10 mil nacidos vivos. Destaca el estado de Guerrero, que reportó una tasa de 9.67, mientras que los estados de Tabasco, Oaxaca, Morelos, México, Chiapas y D.F. superaron la tasa de 6 muertes por cada 10 mil nacidos vivos. De acuerdo a la Secretaría de Salud, el 68.3 por ciento del total de los casos afecta a mujeres que no tienen derecho a la seguridad social.

³³ “Los servicios de salud se dividen en tres tipos: los de **primer nivel** que incluyen medicina general, medicina preventiva primaria y medicina del trabajo; los de **segundo nivel** que incluyen las especialidades

distribución de la capacidad instalada deja en claro que no se resuelven las brechas existentes.

De los diez estados con la menor tasa de unidades de primer nivel por cada 100 mil habitantes para la población abierta, más de la mitad son entidades con arriba del 57 por ciento de población sin acceso a la seguridad social. El Estado de México, por ejemplo, tiene 12 unidades por cada 100 mil habitantes; Guanajuato no pasa de 20, mientras que Veracruz, Puebla, y Chiapas no llegan a las 30 unidades.

La tasa de **mortalidad infantil** para 1999 fue de 14.55 por cada mil nacidos vivos registrados. Tlaxcala presentó la tasa más alta (25.47), mientras que Puebla y México presentaron tasas superiores a las 20 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados. Las principales causas de mortalidad infantil son las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas. Ambas están estrechamente ligadas a la disponibilidad de servicios de salud, así como a condiciones de salubridad y marginación.

Fuente: Secretaría de Salud, *La situación de la salud 1999*, www.ssa.gob.mx

En comparación, hay diez estados que disponen de más de 60 unidades de primer nivel para la población abierta—ninguno de los cuales tiene altos índices de marginación. Baja California Sur tiene más de 140 unidades (ver anexo, tabla VII).

Los hospitales generales, que integran el segundo nivel de atención, también dejan en desventaja a los estados con mayoría de población abierta: ocho de ellos tienen menos de una unidad de este tipo de hospital para cada 100 mil habitantes, mientras que los otros dos apenas sobrepasan esta tasa (ver anexo, tabla VII). Para el caso de los hospitales de especialidad, indispensables para hacerle frente a la transición epidemiológica por la que está atravesando el país, destacan 6 estados en los cuales no hay ninguna unidad de este tipo—entre los cuales están Chiapas, Guerrero y Zacatecas. Del balance general se desprende que tan sólo cuatro estados tiene más de una unidad por cada 100 mil habitantes. (ver anexo, tabla VII).

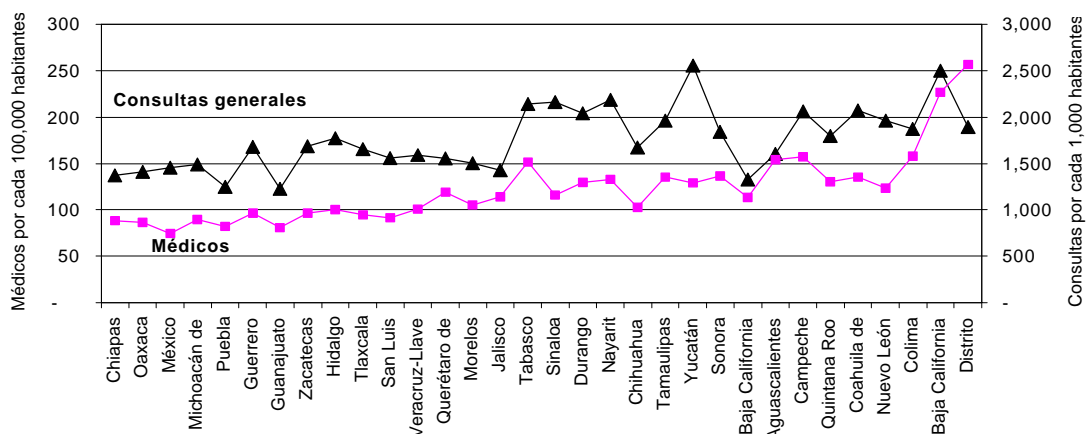
De acuerdo a la concentración de los tres tipos de unidades para atender a la población abierta, se puede señalar que para el caso de los hospitales de especialidad, éstos en su mayoría se concentran en el D.F., que cuenta con 41 unidades especializadas. Esta situación no se mantiene para los hospitales de segundo nivel, ni para las unidades de consulta externa, que definitivamente se concentran en los estados más rezagados³⁴; sin embargo no es a través de éstas unidades en donde los problemas de alta complejidad médica pueden ser tratados, lo que implica un grave problema de acceso a este tipo de servicios para la población abierta .

Si se analiza el lado del número de médicos por cada 100 mil habitantes, se puede apreciar que para los estados con más altos índices de marginación a nivel nacional, hay menos de 100 médicos por cada 100 mil habitantes, siendo que en entidades como el Distrito Federal, Baja California Sur, Colima, Campeche, Aguascalientes y Tabasco la relación es de más de 150 médicos para cada 100 mil habitantes (gráfica VI). De esto se desprende que el número de consultas generales también denote brechas significativas.

básicas (medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología), medicina preventiva secundaria (control y prevención de complicaciones en enfermedades crónico-degenerativas), salud ocupacional y rehabilitación primaria y, los de **tercer nivel** o de alta especialidad que incluyen las especialidades secundarias (genética, hematología, inmunología, infectología, cirugía pediátrica....), además de laboratorios especializados.” L. Flamand Gómez, *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí*, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, División de Administración Pública, Documento de Trabajo número 55, México, 1998, p. 4.

³⁴ Para población abierta, los estados con un mayor número de unidades de consulta externa son Veracruz (con 1,068), Oaxaca (con 1,039), Guerrero (con 961), México (con 956), Chiapas (con 873) y Puebla (con 767).

**Gráfica VI: Indicadores de atención por estados
(ordenados por presupuesto per cápita)**



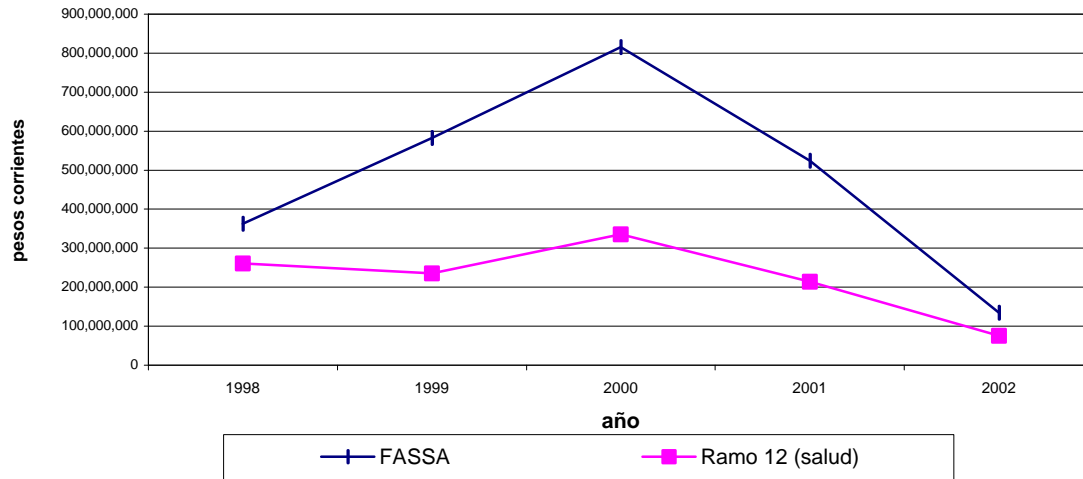
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, "Recursos y Servicios: estadísticas sociodemográficas", *Boletín de Información Estadística* núm. 19, 1999.

Retomando la distribución de los tres tipos de unidades de atención para población abierta, el patrón recurrente es que los cuatro estados con el mayor grado de marginación a nivel nacional—así como el conjunto de los diez estados con mayores porcentajes de población abierta—también son los que cuentan con menos recursos para atender las necesidades de su población. Esta situación se desprende en gran medida de la fórmula que determina la distribución del FASSA, la cual toma en cuenta la infraestructura instalada, la plantilla de personal y los gastos de operación e inversión de cada estado. Actualmente a las entidades federativas rezagadas o con déficit presupuestal en relación al "gasto mínimo aceptable", se les asigna solamente "los remanentes del FASSA, es decir, los recursos excedentes después de cubrir sueldos, salarios y gastos de operación e inversión"³⁵. Evidentemente hay un equívoco en esta forma de asignación presupuestal, que provoca una permanente inequidad.

Si bien es justificable que a los estados con capacidades instaladas se les asignen recursos suficientes para operar y mantener sus servicios, al no existir un mecanismo auténtico de compensación entre los estados rezagados y aquellos que han podido desarrollar mejores capacidades, las brechas en materia de salud siguen ampliándose. Por lo tanto, sería indispensable destinar mayores recursos a la inversión, para subsanar la insuficiencia de capacidades de atención a las necesidades de salud de la población abierta, por parte de los sistemas estatales. Sin embargo, durante los últimos cinco años el gasto en infraestructura ha seguido un patrón errático, con tendencias claramente regresivas (gráfica VII).

³⁵ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006... op. cit.*, p. 125.

Gráfica VII: Gasto en infraestructura: FASSA y Ramo 12 (salud)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 1998, 1999, 2000, del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001 y 2002 (tabla VIII, anexo).

La falta de recursos destinados a la ampliación de infraestructura es particularmente alarmante en el caso del Presupuesto para 2002, ya que del total de las 32 entidades del país, en sólo 10 habrá recursos destinados a este rubro. De los diez estados con porcentaje de población abierta más altos, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Oaxaca y Zacatecas no contarán con asignación presupuestal para infraestructura básica durante 2002 (ver anexo, tabla IX).

A manera de balance, esta sección ilustra que a pesar de los esfuerzos del gobierno por garantizar la **universalidad** en los servicios de salud, la falta de **disponibilidad** de un sistema funcional de salud pública, con infraestructura y recursos humanos suficientes para responder a las necesidades de la población, vulnera el derecho a la salud de los grupos más marginados. La distribución prevaleciente de recursos para la atención a la salud entre las entidades federativas deja en clara desventaja a aquellos estados que tienen una mayor concentración de población sin acceso a los sistemas de seguridad social. El principio de la **equidad** requiere que precisamente a estos estados se les asigne mayores recursos, para asegurar que puedan reducir las brechas existentes y avanzar hacia estándares más altos en salud. Al no estar asegurada la **disponibilidad** de hospitales de primer, segundo y tercer nivel en los estados con más altos índices de marginación, se está vulnerando el principio de **accesibilidad**, toda vez que grupos particularmente desfavorecidos, con menores capacidades financieras y de traslado, difícilmente pueden beneficiarse de los servicios que el sistema ofrece a nivel nacional. Esta falta de acceso y disponibilidad tiene **efectos discriminatorios** en la práctica, ya que representa un obstáculo real a la atención a la salud de los grupos más vulnerables.

8. ALGUNAS CONCLUSIONES Y PROPUESTAS:

A pesar de los esfuerzos en la legislación por garantizar la universalidad en los servicios de salud, la falta de disponibilidad de un sistema funcional de salud pública, con infraestructura y recursos humanos suficientes para responder a las necesidades de la población, se mantiene como un hecho. La limitada disponibilidad de recursos públicos es, sin duda, un problema que enfrenta el país; sin embargo es urgente que se haga un análisis serio de las prioridades nacionales, con el objetivo de redimensionar y colocar el problema de la salud entre los problemas urgentes que exigen atención inmediata y sostenida.

Una de las preocupaciones de la actual administración, al igual que de la pasada, es incrementar el acceso a los servicios de salud por medio de paquetes básicos de bajo costo y alto impacto. Si bien estas medidas básicas son indispensables, no son ni lejanamente las necesarias para sustentar una atención integral a la salud. Resulta preocupante este enfoque, porque sencillamente no resolverá los rezagos de atención ni mejorará las precarias condiciones de salud de la mayoría de la población. Dentro de este esquema, los programas focalizados—que podrían contribuir a la equidad del sistema, al ofrecer atención especial a los grupos más vulnerables—se caracterizan por asignaciones presupuestales mínimas, y a todas luces insuficientes.

La deuda histórica que el Estado tiene con respecto a la atención universal de la salud es tan grande, que la reducción efectiva de las brechas existentes no puede basarse sólo en planes o programas sexenales, porque ellos no representan un continuo que solucione la problemática en salud. El Programa Nacional de Salud no puede revertir, en el transcurso de sus 6 años de duración, un problema estructural como lo es la desigualdad en la atención a la salud entre quienes reciben servicios integrales (población derechohabiente) y el resto de los habitantes del país, quienes únicamente acceden a los servicios para la población abierta.

Por si fuera poco, y contrario a lo que podría esperarse, el esfuerzo de planeación no parte de un diagnóstico puntual de la problemática de desigualdad ni establece acciones para reducir la brecha en el corto y mediano plazos. Esta situación no es de extrañarse, toda vez que forma parte de un proceso presupuestal que no considera objetivos de mediano plazo, ni establece metas fiscales y de recaudación para satisfacer las necesidades. Esta limitada planeación, aunada a los limitados recursos y a la indefinición en materia de prioridades, se combinan negativamente para perpetuar una situación que atenta claramente contra la plena realización de uno de los derechos sociales fundamentales, en condiciones de igualdad y universalidad.

Si bien es poco probable que haya aumentos sustanciales de recursos en el corto plazo, debe avanzarse en el establecimiento de líneas de acción claras para cumplir metas alcanzables. Sólo así podrá evaluarse el avance en la disminución de las brechas existentes, y asignar claramente responsabilidades en caso de que se incumplan las estrategias u objetivos planteados. A diferencia de la insuficiencia presupuestaria, estas acciones no requieren sino la voluntad del gobierno para ponerse en marcha.

Adicionalmente, y desde la perspectiva de la sociedad civil, son necesarias diversas estrategias para impulsar un cambio desde fuera. Partiendo de la incipiente consolidación del poder legislativo como una fuerza que gana peso en el equilibrio de poderes, es necesario llevar esta discusión a las cámaras, ejercer presión durante la negociación del

presupuesto—y desde antes, por medio del trabajo en comisiones—para promover al menos un aumento en los recursos para programas focalizados e infraestructura, especialmente para los Estados más rezagados del país. La actual distribución de recursos para la atención a la salud entre las entidades federativas deja en clara desventaja a aquellos estados que tienen una mayor concentración de población sin acceso a los sistemas de seguridad social.

Otro avance que sería importante impulsar es la actualización de la Ley General de Salud, para obligar a los responsables de la administración pública a desarrollar una planeación efectiva y a establecer programas de mediano y largo plazo, sujetos a la revisión de los legisladores y la sociedad civil.

9. ANEXOS

**Tabla I: Gasto en salud por dependencia
Miles de pesos constantes de 1993**

	1998	1999	2000	2001
FASSA Ramo 33	4,720,390.2	5,297,859.6	5,939,348.4	6,887,072.0
Secretaría de Salud Ramo 12	4,657,590.8	4,613,028.6	4,756,729.1	5,280,217.1
IMSS	21,747,146.1	23,125,505.1	23,136,996.4	22,140,718.1
ISSSTE	3,936,265.4	3,283,633.1	3,671,957.5	3,705,057.3

Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 1998, 1999 y 2000 y del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001.

**Tabla II: Gasto per cápita anual para población abierta y derechohabiente
Pesos constantes de 1993**

	1998	1999	2000
Ramo 33 + Ramo 12	212.66	231.92	256.87
IMSS e ISSSTE	497.10	484.97	468.35

Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 1998, 1999 y 2000.

Tabla III: Gasto per cápita estatal para la función 08 salud en 1999
Pesos corrientes de 1999

Estado	Per cápita población total	Per cápita población abierta	Per cápita población derechohabiente
Aguascalientes	1,321.01	1,189.38	1,363.22
Baja California	1,302.37	1,169.77	1,327.66
Baja California Sur	2,299.23	3,750.96	2,060.72
Campeche	1,383.11	1,171.11	1,522.83
Chiapas	595.65	452.73	1,035.72
Chihuahua	1,199.17	1,315.37	1,175.96
Coahuila	1,441.60	1,875.58	1,392.21
Colima	1,579.71	1,246.63	1,754.64
DF	4,166.53	3,294.39	4,774.70
Durango	1,117.65	1,068.90	1,141.69
Guanajuato	692.16	281.45	1,114.39
Guerrero	685.81	484.06	1,065.93
Hidalgo	779.43	545.41	1,175.78
Jalisco	1,002.72	455.00	1,356.14
México	611.46	292.69	1,071.88
Michoacán	620.13	332.55	1,163.82
Morelos	979.61	423.96	1,577.37
Nayarit	1,121.29	797.56	1,375.54
Nuevo León	1,465.33	945.06	1,563.06
Oaxaca	597.87	455.56	985.43
Puebla	658.01	341.31	1,088.70
Querétaro	928.85	878.79	948.62
Quintana Roo	1,392.71	1,507.61	1,354.32
San Luis Potosí	799.30	467.44	1,142.11
Sinaloa	1,066.37	575.06	1,362.91
Sonora	1,299.89	823.18	1,502.09
Tabasco	1,020.15	546.32	1,574.73
Tamaulipas	1,238.10	1,311.56	1,218.41
Tlaxcala	790.66	426.74	1,269.35
Veracruz	877.25	346.76	1,623.33
Yucatán	1,286.18	799.16	1,624.21
Zacatecas	753.57	506.93	1,103.93

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, La Situación de la Salud 1999, www.ssa.gob.mx

Tabla IV: Datos poblacionales en salud por Estado 1999

Estado	Población Total	Población Abierta	Población Derechohabiente	porcentaje población abierta	Grado de marginación CONAPO 1995
Chiapas	3,994,597	3,015,344	979,253	75	Muy alto
Oaxaca	3,545,614	2,593,319	952,295	73	Muy alto
Michoacán	4,180,292	2,734,132	1,446,160	65	Alto
Guerrero	3,131,946	2,046,034	1,085,912	65	Muy alto
Hidalgo	2,281,506	1,434,498	847,008	63	Alto
México	12,833,088	7,583,095	5,249,993	59	Bajo
Zacatecas	1,430,706	839,650	591,056	59	Alto
Veracruz	7,054,167	4,122,727	2,931,440	58	Muy alto
Puebla	5,059,726	2,915,754	2,143,972	58	Alto
Tlaxcala	970,571	551,383	419,188	57	Medio
Tabasco	1,904,677	1,027,116	877,561	54	Alto
Morelos	1,559,983	808,469	751,514	52	Bajo
San Luis Potosí	2,380,966	1,209,803	1,171,163	51	Alto
Guanajuato	4,815,139	2,440,877	2,374,262	51	Medio
Nayarit	949,177	417,533	531,644	44	Medio
DF	8,765,285	3,601,157	5,164,128	41	Muy bajo
Yucatán	1,653,004	677,247	975,757	41	Alto
Campeche	696,752	276,786	419,966	40	Alto
Jalisco	6,425,723	2,520,091	3,905,632	39	Bajo
Sinaloa	2,487,954	936,449	1,551,505	38	M
Colima	533,212	183,614	349,598	34	Bajo
Durango	1,519,048	501,795	1,017,253	33	Medio
Sonora	2,215,207	659,768	1,555,439	30	Bajo
Querétaro	1,384,774	392,034	992,740	28	Medio
Quintana Roo	793,314	198,683	594,631	25	Medio
Aguascalientes	963,711	234,018	729,693	24	Muy bajo
Tamaulipas	2,698,875	570,443	2,128,432	21	Bajo
Chihuahua	3,013,272	501,821	2,511,451	17	Bajo
Baja California	2,329,685	373,253	1,956,432	16	Muy bajo
Nuevo León	3,809,714	602,457	3,207,257	16	Muy bajo
Baja California Sur	399,180	56,329	342,851	14	Bajo
Coahuila	2,351,553	240,296	2,111,257	10	Muy bajo

Fuente: Elaboración Propia con datos de la Secretaría de Salud, La Situación de la Salud, 1999, www.ssa.gob.mx

Tabla V: Distribución Estatal del FASSA 1998-20001
Miles de pesos constantes de 1993

	Ejercido	Ejercido	Ejercido	Aprobado
Estado	1998	1999	2000	2001
Aguascalientes	71,002.7	81,615.4	92,306.1	108,702.8
Baja California	109,175.9	115,160.4	132,099.1	154,774.2
Baja California Sur	73,882.5	60,226.1	65,409.6	77,324.0
Campeche	71,439.1	79,444.7	90,499.2	104,982.8
Coahuila	94,444.8	106,745.1	117,719.7	139,586.9
Colima	56,130.6	61,493.3	69,205.5	79,993.6
Chiapas	232,940.4	249,879.5	294,838.3	329,312.1
Chihuahua	124,029.1	142,491.8	162,697.5	189,541.3
Distrito Federal	309,343.0	344,441.1	352,099.3	406,794.2
Durango	100,253.8	109,672.2	123,616.3	147,216.1
Guanajuato	174,992.0	196,156.8	217,735.1	255,963.4
Guerrero	245,080.0	272,814.5	318,995.9	350,814.9
Hidalgo	128,331.1	143,925.5	161,467.4	187,884.3
Jalisco	294,911.0	342,989.6	400,156.5	463,641.1
México	523,971.5	635,031.5	705,819.2	829,848.5
Michoacán	172,655.7	191,829.2	212,916.5	246,303.7
Morelos	92,079.5	100,444.6	112,199.8	128,318.3
Nayarit	70,879.8	77,067.5	87,895.4	101,321.7
Nuevo León	155,944.8	167,084.3	183,113.3	211,724.9
Oaxaca	180,657.8	204,359.3	222,463.7	259,531.6
Puebla	161,692.7	176,333.7	197,171.9	231,213.0
Querétaro	82,672.8	91,963.1	103,874.5	125,635.5
Quintana Roo	72,121.7	88,365.3	98,170.4	117,154.9
San Luis Potosí	97,151.3	108,530.5	124,954.0	145,302.5
Sinaloa	117,293.8	125,740.4	142,224.9	167,443.5
Sonora	149,378.3	161,726.8	176,240.7	212,209.2
Tabasco	123,347.6	144,972.3	152,913.2	178,661.8
Tamaulipas	172,421.1	197,802.6	222,466.2	253,666.2
Tlaxcala	61,419.0	67,774.3	82,944.5	95,192.0
Veracruz	228,257.8	262,988.3	302,925.6	342,882.7
Yucatán	103,052.0	113,744.1	128,756.1	148,904.1
Zacatecas	69,436.8	75,045.5	83,452.9	95,226.2
Total	4,720,390.2	5,297,859.6	5,939,348.4	6,887,072.0

Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 1998, 1999 y 2000 y del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001.

Tabla VI: Gasto Federal en salud a través del FASSA para 2000

Estados	Aprobado a/	FASSA per cápita b/
Aguascalientes	92,306.1	219.2
Baja California	132,099.1	108.8
Baja California Sur	65,409.6	375.3
Campeche	90,499.2	212.7
Chiapas	294,838.3	91.3
Chihuahua	162,697.5	121.7
Coahuila	117,719.7	169.1
Colima	69,205.5	234.4
Distrito Federal	352,099.3	84.0
Durango	123,616.3	167.0
Guanajuato	217,735.1	70.6
Guerrero	318,995.9	130.0
Hidalgo	161,467.4	101.9
Jalisco	400,156.5	113.6
México	705,819.2	89.4
Michoacán	212,916.5	72.4
Morelos	112,199.8	109.6
Nayarit	87,895.4	160.5
Nuevo León	183,113.3	140.1
Oaxaca	222,463.7	83.6
Puebla	197,171.9	51.7
Querétaro	103,874.5	135.5
Quintana Roo	98,170.4	208.5
San Luis Potosí	124,954.0	86.8
Sinaloa	142,224.9	119.3
Sonora	176,240.7	182.3
Tabasco	152,913.2	114.5
Tamaulipas	222,466.2	165.6
Tlaxcala	82,944.5	122.7
Veracruz	302,925.6	63.3
Yucatán	128,756.1	141.4
Zacatecas	83,452.9	91.2
totales	5,939,348.4	101.8

a/ miles de pesos constantes 93

b/ pesos constantes 93

Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública de 2000 y del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Tabla VII: Unidades de 1er, 2do y 3er nivel de atención por cada 100 mil habitantes en 1999

Estado	Tasa de unidades por cada 100 mil habitantes para población abierta		
	1er nivel	2do nivel	3er nivel
Aguascalientes	33.8	1.7	1.3
Baja California	34.0	1.1	0.0
Baja California Sur	145.6	7.1	3.6
Campeche	61.4	3.6	0.7
Chiapas	29.0	0.8	0.0
Chihuahua	80.9	3.6	0.8
Coahuila	105.7	6.7	2.5
Colima	63.7	2.2	0.0
DF	9.1	0.3	1.1
Durango	69.0	2.0	0.2
Guanajuato	20.2	0.5	0.1
Guerrero	47.0	0.7	0.0
Hidalgo	42.9	1.0	0.1
Jalisco	28.1	0.8	0.2
México	12.6	0.4	0.1
Michoacán	26.5	0.7	0.1
Morelos	25.9	0.6	0.1
Nayarit	66.3	1.4	0.0
Nuevo León	72.7	1.2	0.5
Oaxaca	40.1	0.8	0.0
Puebla	26.3	1.0	0.0
Querétaro	59.4	1.0	0.3
Quintana Roo	81.0	2.0	0.5
San Luis Potosí	38.0	0.7	0.2
Sinaloa	34.7	1.1	0.1
Sonora	35.5	2.3	0.5
Tabasco	47.9	1.3	0.2
Tamaulipas	62.4	2.6	0.4
Tlaxcala	31.0	0.7	0.2
Veracruz	25.9	0.8	0.1
Yucatán	34.7	1.0	0.3
Zacatecas	35.5	1.0	0.0

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, La Situación de la Salud, 1999, www.ssa.gob.mx

**Tabla VIII: Gasto en infraestructura básica y obra pública a través del FASSA
y de la Secretaría de Salud
Pesos corrientes**

	1998	1999	2000	2001	2002
FASSA Ramo 33	362,064,400	582,805,100	815,622,000	524,500,000	134,566,128
SSA Ramo 12	260,806,600	235,194,400	334,948,900	214,236,100	75,696,649

Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 1998, 1999, 2000, del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001 y 2002

Tabla IX: Gasto federal en infraestructura básica y obra pública por estado
Miles de pesos corrientes

	1998 a/	1999 b/	2000 b/	2001 b/	2002 a/
Aguascalientes	4,714.8	9,777.7	8,194.7	7,850.2	0.0
Baja California	12,536.0	17,324.8	22,824.2	13,161.5	0.0
Baja California Sur	6,090.8	8,098.1	13,940.3	4,652.3	0.0
Campeche	6,144.8	8,331.5	10,573.2	5,566.4	2,388.3
Coahuila	17,389.6	6,228.4	8,175.0	8,017.0	48.6
Colima	28,450.0	22,749.6	92,074.0	4,270.4	0.0
Chiapas	33,326.7	38,012.7	48,253.9	25,044.0	250.7
Chihuahua	10,476.8	13,519.5	15,200.3	22,049.0	14,381.4
DF	7,147.3	7,761.0	11,341.5	20,560.0	4,256.4
Durango	12,024.4	18,917.4	12,944.3	13,656.0	0.0
Guanajuato	17,153.6	27,941.3	69,009.6	16,737.2	0.0
Guerrero	23,975.2	32,985.1	52,703.9	20,051.4	0.0
Hidalgo	13,203.7	29,374.6	32,290.4	17,358.7	0.0
Jalisco	5,987.6	13,681.9	26,597.0	27,891.3	0.0
México	15,504.8	63,521.8	64,769.5	89,640.7	19,696.1
Michoacán	12,018.0	32,502.3	27,643.3	24,969.8	40,367.5
Morelos	7,135.5	9,419.4	5,129.5	6,734.9	0.0
Nayarit	4,954.4	6,941.1	10,888.1	6,138.7	0.0
Nuevo León	8,542.4	15,452.6	7,277.3	15,680.0	0.0
Oaxaca	15,016.4	20,378.3	57,760.0	17,024.0	0.0
Puebla	6,087.2	28,633.4	24,357.4	34,977.6	8,277.2
Querétaro	5,204.8	21,582.2	35,565.9	24,671.5	0.0
Quintana Roo	4,031.6	5,584.0	9,352.7	5,750.5	0.0
San Luis Potosí	6,006.4	10,150.3	15,335.3	14,728.0	0.0
Sinaloa	9,524.4	14,672.3	12,873.6	16,776.5	0.0
Sonora	10,953.6	12,770.5	7,297.2	18,344.1	0.0
Tabasco	20,960.4	36,804.7	31,678.3	9,655.4	0.0
Tamaulipas	9,966.0	11,490.5	16,819.4	10,744.5	0.0
Tlaxcala	4,501.6	9,966.8	6,349.1	6,406.0	9,312.0
Veracruz	8,004.8	42,132.3	61,204.1	24,899.0	35,587.4
Yucatán	9,024.4	18,941.7	18,645.3	8,361.8	0.0
Zacatecas	6,006.4	18,618.6	15,589.1	6,392.3	0.0
Total	362,064.4	634,266.4	852,657.4	548,760.5	134,566.1

a/ Incluye únicamente el monto del FASSA

b/ Incluye el monto del FASSA y la asignación para obra pública de los Estados con el Programa de Ampliación de Cobertura.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 1998, 1999, 2000, del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001 y 2002.

BIBLIOGRAFÍA:

- Center for Economic and Social Rights, *Economic, Social and Cultural Rights: Guide to the Legal Framework*, New York, January 2000.
- Donnelly, Jack, *International Human Rights*, Westview Press, Boulder (CO), 1993.
- FIAN International, *Economic Human Rights: Their Time Has Come*, Heidelberg, 1995.
- Flamand Gómez, Laura, *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí*, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, División de Administración Pública, Documento de Trabajo número 55, México, 1998.
- Häusermann, Judith, "An Emerging Consensus on the Right to Development: Some Current Initiatives Relevant to the Implementation of the Right to Development", background paper for the Seminar on Right to Development: Challenges and Opportunities II, Geneva, 30 August-1 September 2000.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, *Diagnóstico*, México, marzo de 1995, pp. 31-32 y 43.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1998*, México, 2000, p. 26.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, "Recursos y Servicios: estadísticas sociodemográficas", *Boletín de Información Estadística* núm. 19, 1999.
- Ley General de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud, "Constitución de la Organización Mundial de la Salud", en *Documentos Básicos*, Documento Oficial núm. 240, Washington, 1991.
- PNUD, *Informe de Desarrollo Humano 1991*, Colombia, Tercer Mundo Editores, 1991, p. 280.
- Poder Ejecutivo Federal, *Programa de Reforma del Sector Salud. 1995-2000*, México, 1995.
- Provea, *La salud como derecho: marco nacional e internacional de protección del derecho humano a la salud*, Serie Aportes núm. 3, Caracas, 1996.
- Scheinin, M. "Conceptual Framework for the Discussion", Background Paper for the Women's Enjoyment of Their Economic and Social Rights, Expert Group Meeting, Abo/Turku, Finland, 1-4 December 1997.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal*, México, 1998.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal*, México, 1999.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal*, México, 2000.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Presupuesto de Egresos de la Federación*, México, 2001.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Exposición de Motivos e Iniciativa de Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2002*, México, 2001.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Presupuesto de Egresos de la Federación*, México, 2002.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Distribución del pago de impuestos y recepción del gasto público por deciles de ingreso de las familias*, México, marzo 2001.
- Secretaría de Salud, *La Situación de la Salud*, 1999, www.ssa.gob.mx
- Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, México, 2001.
- Torres Ruiz, A. *Descentralización en salud: algunas consideraciones para el caso de México*, Centro de Investigación y Docencia Económicas, División de Administración Pública, Documento de Trabajo número 69, México, 1997.
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 3: The Nature of States Parties' Obligations", 1993.

UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, "General Comment 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health", UN Doc. E/C.12/2000/4, 2000.

UNHCHR, "Human Rights", Special Issue on Women's Rights, Office of the High Commissioner for Human Rights, Spring 2000.

UNIFEM, *Progress of the World's Women 2000*, Biennial Report, UNIFEM, New York, 2000.