

- INEI (1994), *Estado de la Población Peruana*, Lima.
- (1994), *Perú: Mapa de Necesidades Básicas Insatisfechas de los Hogares a nivel distrital*.
- (1999), *Perú: Situación de la mujer y su participación en la actividad económica*, Lima, mayo.
- Mesa PYME (2001), «La Microempresa en el Parque Industrial de Villa El Salvador», 1ª edición.
- (2000), *La Microempresa en el Parque Industrial de Villa el Salvador*, Lima.
- Municipalidad de Villa el Salvador, Calandria, DESCO y FOVIDA (2001), *Villa el Salvador Hechos Históricos 1971-2001* (Típtico), Lima.
- Municipalidad de Villa el Salvador (2001), *Planificación y Presupuesto Participativo para el Desarrollo Local*, Lima (mimeo).
- (2001), *Ordenanza del Presupuesto Participativo N°030-2001-MVES*, Lima.
- (2001), *Reglamento Ordenanza del Presupuesto Participativo N°030-2001-MVES*, Lima.
- (2001), *Propuesta de «Plan Integral de Desarrollo de Villa El Salvador al 2001»*.
- ONU (1996), *Plataforma Mundial de Acción y Declaración de Beijing*.
- PNUD (1995), *Informe sobre Desarrollo Humano*. Nueva York.

Martínez Medina, María Concepción y Lucía Pérez F.

El análisis del Programa de Ampliación de Cobertura. Un aporte para la construcción de los presupuestos públicos desde la perspectiva de igualdad entre los géneros. En Villota, Paloma (Ed.) *Economía y Género. Macroeconomía, política fiscal y liberalización. Análisis de su impacto sobre las mujeres*. Ed. Icaria Barcelona, 2003, pp. 267-293.

## VII. EL ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA. UN APORTE PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS PRESUPUESTOS PÚBLICOS DESDE LA PERSPECTIVA DE IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS

María Concepción Martínez Medina y Lucía Pérez Fragozo\*

### Introducción

Elevar el nivel de salud de la población y superar los desequilibrios existentes, entre las regiones y entre las clases sociales, ha sido un imperativo del Estado mexicano a lo largo del siglo pasado. El Estado benefactor cuyo objetivo era obtener altas tasas de crecimiento económico que se tradujeran en el bienestar de la población tuvo como eje articulador el mundo del trabajo y la provisión de los servicios públicos. Este modelo tuvo grandes logros sintetizados en el llamado «Milagro Mexicano»,<sup>1</sup> el cual empezó a dar señales de su agotamiento a finales de la década de los sesenta.

La crisis económica y las políticas de ajuste estructural obligaron al Estado a abandonar y desmantelar la mayor parte de los servicios públicos. La esencia distributiva de las políticas sociales quedó en la

\* El presente artículo es una versión actualizada (verano de 2003) de los resultados de la investigación «El Programa de Ampliación de Cobertura y el presupuesto federal: un acercamiento al Paquete Básico de los servicios de salud desde la perspectiva de géneros» desarrollada por el Área de Presupuestos Públicos con enfoque de género de la asociación civil feminista que trabaja en Ciudad de México, Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia A. C. en el 2001.

1. En el tema de la salud, varios son los indicadores que constatan este avance, por ejemplo, la mortalidad general en México descendió casi diez veces entre 1900 y 1997, pasando de 35 a 4,9 defunciones por cada mil habitantes, así como, el aumento de la esperanza de vida es sustancial, ya que para 2001 era de 75,7 (73,4 para hombres y 77,9 para mujeres).

historia para dar paso a una nueva estrategia centrada en la promoción del bienestar humano individual, especialmente de los más pobres.

El Estado neoliberal en México tiene como uno de sus principales objetivos la eficiencia económica, basada en la privatización de los servicios sociales y la propiedad pública. Entre sus acciones primordiales ha llevado a cabo la reducción del gasto público y la inversión, la disminución de los servicios gratuitos (entre ellos de salud y educación), y la liberalización de todos los servicios públicos.

La consecuencia inmediata ha sido el empobrecimiento de la población. El gobierno mexicano señaló en agosto de 2002 que actualmente existen en nuestro país 53 millones de personas que viven en situación de pobreza y pobreza extrema. Lo que representa un poco más de la mitad de la población mexicana. La respuesta de los gobiernos ha sido el diseño e implementación de programas compensatorios para paliar la pobreza.

La estrategia de combatir a la pobreza parte de la premisa del «desarrollo centrado en las personas», lo cual implica que los individuos participen junto con el Estado en la corresponsabilidad de lograr elevar sus niveles de bienestar y que potencialicen sus capacidades para romper el círculo de la pobreza. También supone la desregulación de la función del Estado como único proveedor de los servicios sociales.

En este marco se llevó a cabo el análisis de uno de los programas de combate a la pobreza, el Programa de Ampliación de Cobertura, destinado a cubrir las necesidades básicas de salud de la población mexicana que no cuenta con ese servicio. El análisis surge del interés por determinar el tipo de acciones destinadas a promover la salud de las mujeres, en particular su salud sexual y reproductiva; y la forma de participación que las mujeres tendrían a nivel individual y comunitario como parte de la corresponsabilidad planteada por el Estado.

El estudio se realizó con la herramienta de presupuestos públicos sensibles al género, que busca determinar las implicaciones y los impactos diferenciados del gasto público entre los beneficiarios un programa.

A pesar de que existe una variedad de herramientas analíticas que pueden ser aplicadas para la evaluación del uso de los recursos

públicos,<sup>2</sup> la evaluación de la política con enfoque de género por sector y específicamente por programa permite considerar si los impactos, resultados e insumos fueron diseñados para reducir las desigualdades entre los beneficiarios o que, aún sin proponérselo, genera mayor desigualdad entre los géneros.

El estudio está basado fundamentalmente en información bibliográfica y presupuestal, aunque contamos con el apoyo y asesoría de especialistas conocedoras del programa y su implementación directa en campo y de otros resultados de investigaciones locales y regionales.

#### Acercas de la metodología

El Programa de Ampliación de Cobertura no fue diseñado para promover la igualdad entre los géneros, sin embargo, las relaciones de género subyacentes en la sociedad en donde las mujeres son las encargadas de la atención familiar y comunitaria hacen que el costo social caiga sobre ellas.

Las preguntas que guiaron el análisis fueron:

1. ¿Los objetivos planteados por el Programa de Ampliación de Cobertura promueven la igualdad entre los géneros, a pesar de no señalarlo de manera explícita?
2. ¿La política social implementada en nuestro país que pone como centro la eficiencia en el uso de los recursos, permite que las actividades del programa fortalezca a las mujeres beneficiarias del mismo?

Los resultados se presentan de la siguiente manera.

En la primera parte del documento se analizó el contexto económico y la problemática social que pretendió atender el Programa de Ampliación de Cobertura, incluyendo el gasto en salud del cual for-

2. Ver los artículos de Elson, Diane. «Iniciativas de Presupuestos Sensibles al Género: Dimensiones Claves y Ejemplos Prácticos.» Seminario Enfoque de Género en los presupuestos. 2-3 de Septiembre de 2002. Gobierno de Chile/PNUD/CEPAL/UNIFEM/GTZ. Y Buddender, Debbie y Rhonda Sharp. «¿Cómo realizar un análisis de presupuesto sensible al género? Investigación y práctica contemporáneas.» Australia. Agencia Australiana para el Desarrollo Internacional. 1998.

ma parte. Posteriormente se centra la reflexión en la evaluación desde la categoría de género, de los objetivos, sus fuentes de financiamiento y las intervenciones de salud que busca cubrir el programa.

Finalmente se presentan los hallazgos y las tendencias del programa en 2002 y 2003.

### **El cambio de modelo económico y el fin del Estado benefactor. Las implicaciones para la salud de las y los mexicanos**

La década de los ochenta se ha definido en la historia económica de México como un período en el cual no se registraron avances en materia de crecimiento y desarrollo económico.

La crisis de la deuda iniciada en el año de 1982 provocó una caída de las fuentes de financiación del país, tanto externas como internas, pues se cancelaron todos los créditos. La inversión extranjera de corto y largo plazo dejó de fluir en cantidades suficientes; se presentó una importante fuga de capitales y un movimiento especulativo de enormes proporciones que encareció el crédito. El Estado absorbió prácticamente todo el ahorro nacional.<sup>3</sup>

La combinación de estos hechos propició la caída de la inversión productiva y el empleo y la economía informal creció de modo importante hasta representar cerca de una tercera parte del PIB.<sup>4</sup>

El alto déficit fiscal al que se enfrentó el gobierno fue de alrededor del 12% del PIB a lo largo de toda esa década, (17% en 1982 y 16% en 1987). El Estado encontró en la reducción del gasto público el único mecanismo de recortar dicho déficit, pues la crisis y recesión económicas impidieron elevar sus ingresos por vía de la recaudación; además la elevada inflación, aunada al retraso siempre presente en la recaudación de impuestos, tuvo un efecto recesivo mayor sobre los ingresos reales del Estado, lo que complicó su situación financiera.

La disminución en el gasto público se vio reflejada inmediatamente en un retroceso en las condiciones de vida de la población,

en especial la de los estratos de menores ingresos y de los grupos que dependían directamente de los servicios que proveía el Estado. El impacto resultó especialmente marcado en las mujeres, que tuvieron que asumir responsabilidades adicionales en materia de salud por ejemplo, cuidando en casa a los enfermos que el Estado daba de alta antes de tiempo, o en materia de educación, haciéndose cargo de los niños y niñas que ya no tenían acceso a guarderías estatales.

El poder adquisitivo de los asalariados se contrajo de forma importante, así como sus remuneraciones per cápita. En términos constantes de 1980 se redujeron de 27,1 pesos en 1981 a 18,0 pesos en 1990,<sup>5</sup> es decir una disminución del 34%.

Durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), cuando se consolidó el nuevo esquema del llamado ajuste estructural, la reducción de las actividades económicas del Estado, significó la transferencia de la provisión del mayor número posible de servicios al mercado, aún de los servicios públicos. El resultado de este proceso fue la disminución de los gastos de inversión en infraestructura social, especialmente de salud, y en menor medida de educación, afectando de manera importante las condiciones de vida y de salud de las mujeres que, como vimos anteriormente, debían asumir cargas de trabajo adicionales.

Esto representó el fin del Estado benefactor. El gasto social se redujo durante la década de los ochenta, sin embargo al inicio de los noventa cuando apenas comenzaba a recuperarse volvió a contraerse. El gasto social se duplicó de 1990 a 1993, pero debido a la crisis, hasta el año 1999 volvió a alcanzar los niveles de 1993, como se puede ver en el cuadro 1.

En términos per cápita, esto significó que el gasto social se contrajo de 1,219 dólares USA en 1993 a 1,095 dólares USA en 1999 (en términos constantes de 1994).

El comportamiento del gasto en salud es similar al del gasto social, aunque con rezago de un año. El gasto en salud alcanza su nivel más alto en 1994 y se vuelve a recuperar ese nivel hasta el 2003.

3. Ver Lusting, Nora. (1999).

4. CEESP (1990).

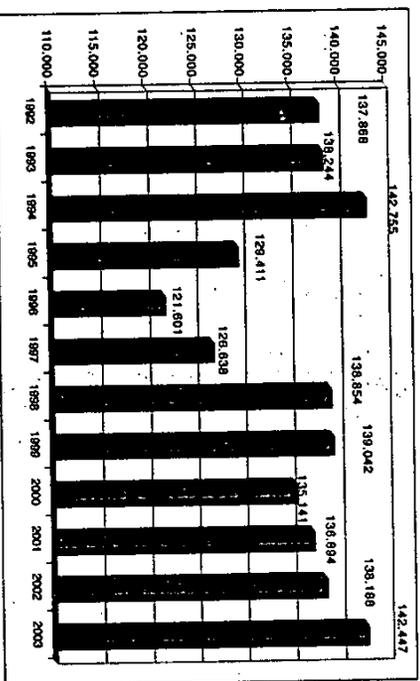
5. Véase Solís Manjarrez, Leopoldo (2000), Cuadro IX:1.1, p. 358.

**Cuadro 1**  
**México: evolución del gasto social 1990-2002**  
 (miles de pesos de 1994)

Año	Total
1990	51,636,366
1993	104,597,600
1995	83,261,691
1997	98,550,442
1999	105,205,204
2002	164,579,518

Fuente: Elaboración propia con datos de los Presupuestos de Egresos de la Federación para los años 1990 a 2002.

**Cuadro 2**  
**Evolución del gasto público en salud, 1992-2003**  
 (millones de pesos de 2000)



Fuente: Elaboración propia con datos de los Presupuestos de Egresos de la Federación para los años 1992 a 2003.

Como consecuencia, la política pública, específicamente la política social dio un giro sustancial. La estrategia que se siguió fue la de utilizar menos recursos para las acciones destinadas a la población en general (acciones amplias), y concentrar su esfuerzo en las acciones focalizadas dirigidas específicamente al combate a la pobreza y a los grupos más vulnerables.

Los distintos programas públicos, en sus acciones, mecanismos, orientaciones, actividades, lineamientos, legislaciones y proyectos pretenden ser elaborados desde una perspectiva de neutralidad ideológica y política.<sup>6</sup> Sin embargo, en realidad la política social se construye sobre definiciones específicas de sociedad, de familia, de necesidades sociales y de modelos específicos de mujeres y hombres.

Por otra parte, la nueva estrategia que incluye una visión de corresponsabilidad entre sociedad civil y gobierno implica que los sujetos sociales tendrán que subsidiar mediante la aportación de sus recursos materiales, humanos, financieros y de organización parte del coste de la política social.

Posteriormente, durante el gobierno de Ernesto Zedillo (1994-2000), los criterios de la política social no han variado. Al igual que los demás programas que se diseñaron para superar la pobreza, el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) contenía los siguientes ejes: focalización, participación y descentralización. Todos ellos, elementos que permiten hacer un uso óptimo del gasto social, en términos de reducir los costos administrativos, incrementar la productividad de la inversión y establecer prioridades claramente definidas.

Los objetivos de eficiencia y equidad constituyeron el marco en el que se formularon y diseñan las políticas para disminuir la pobreza. En términos presupuestales esto significa destinar recursos sólo a los grupos más desfavorecidos, y atender las necesidades concretas, vitales y urgentes.

El uso óptimo del gasto social se convirtió en una prioridad ineludible y se concretó en la reducción de costos administrativos, el incremento de la producción de la inversión, adecuar la oferta a los consumos masivos esenciales y a suprimir filtraciones de recursos.

6. Evangelista, Elí (2000).

De tal suerte que al analizar un programa específico es necesario tanto enmarcarlo en el modelo de economía que se está implementando en el país, como en las líneas de política social que se desprenden de dicho modelo. Por otra parte, al utilizar para el análisis la categoría de género, evaluamos el impacto diferenciado de dicho programa para mujeres y hombres y se pone en evidencia que la neutralidad en la elaboración de las políticas públicas no existe, cuando se parte de una postura acrítica de las relaciones de género que prevalecen en la realidad social, situación que se refleja directamente en la asignación presupuestal.

Como señala UNIFEM:

El hecho de que los presupuestos se presenten sin mencionar específicamente a mujeres y hombres, da la impresión de que sólo es un instrumento técnico que tiene impacto similar en todos los grupos sociales. Ignorar los efectos diferenciados sobre ellas y ellos no significa que los presupuestos sean neutrales al género. Un presupuesto que desconoce las desigualdades entre hombres y mujeres, necesariamente reproduce o mantiene inalterable la inequidad existente en las relaciones de género y hace difícil el logro de un impacto positivo en el crecimiento económico y en el desarrollo humano.<sup>7</sup>

### El marco institucional

La salud es uno de los derechos sociales básicos y constituye uno de los más valiosos recursos para el desarrollo de una sociedad.

El derecho a la protección de la salud aparece ya en la Constitución de 1917 como un asunto de utilidad pública, pero no es hasta 1983 cuando el derecho a la salud quedó formalmente consagrado en la Constitución Mexicana y desde 1984 está vigente en la Ley General de Salud, que ordenó la creación de un Sistema Nacional de Salud.<sup>8</sup>

7. UNIFEM, *Iniciativas de presupuestos sensibles al género en América Latina y el Caribe*, Nueva York, USA, SF.

8. León, Samuel (1999).

En principio, existe un derecho universal a la salud reconocido por el Estado; sin embargo, en México existen tres formas de acceso de atención a la salud.

La Ley de la Seguridad Social otorga un derecho explícito a los servicios de salud a favor de aquellas personas a quienes define como «sujetos de aseguramiento», es decir, las que están incorporadas a la economía formal. El Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado son los organismos encargados de brindar atención médica a los(as) trabajadores/as formales. Los recursos con los que operan provienen de una bolsa tripartita: aportaciones de los trabajadores, aportaciones de las empresas (en el caso del ISSSTE del propio gobierno) y una parte del gobierno federal.

Por su parte, las personas que se ubican en la desocupación y la informalidad quedan fuera del esquema de seguridad social. Por lo tanto, reciben atención en instituciones públicas como la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad<sup>9</sup> con financiación que proviene del presupuesto federal y de los gobiernos estatales, así como de una pequeña aportación de las y los usuarios/as.

El resto de la población, calculada en un 5% cubre sus necesidades de salud en el mercado privado.

Por tal razón, los servicios del Sistema Nacional de Salud en nuestro país se encuentran fragmentados en función de la población que atienden. Por un lado tenemos a los derechohabientes adscritos a instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y los organismos que atienden a sectores específicos como las fuerzas armadas y los trabajadores de empresas paraestatales como es el caso de Petróleos Mexicanos (PEMEX).

No obstante la oferta existente, el gobierno mexicano detectó que en 1995 existían alrededor de 10 millones de mexicanas y mexicanos que no contaban con ningún tipo de servicio de salud, población que se encontraba principalmente en los grupos y comunidades que

9. El Programa IMSS-Solidaridad es un programa desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Por esta razón se ponen por separado aunque los recursos del IMSS-Solidaridad se encuentran dentro del presupuesto de la Secretaría de Salud.

permanecieron al margen del desarrollo económico que experimentaba la nación.

Según datos oficiales, el acceso de la población mexicana a los servicios de salud se distributa de la siguiente manera: la población asegurada (seguro médico privado y mediante Seguridad Social, principalmente IMSS e ISSSTE) asciende a 47 millones; mientras que la población abierta es atendida por la SSA (26 millones), el IMSS-Solidaridad (9 millones), quedando fuera del acceso a servicios de salud 10 millones de personas. Esta situación se resume en el siguiente cuadro:

Cuadro 3  
Acceso de la población mexicana a los servicios de salud en 1995

Población asegurada	Millones de personas	Población abierta	Millones de personas
Seguro médico privado y Seguridad Social (IMSS e ISSSTE)	47	SSA IMSS-Solidaridad Sin acceso	26 9 10

Fuente: Programa de Reforma al Sector Salud 1995-2000.

Ampliar la cobertura de los servicios de salud para llegar a los 10 millones de personas sin servicios se constituyó en un reto para el gobierno federal. La respuesta gubernamental fue promover una estrategia de reforma al sector que incluyera nuevos programas y métodos para incrementar la cobertura.

En este marco se inicia el Programa de Reforma al Sector Salud 1995-2000, cuyo punto central era la descentralización de los recursos federales destinados a la atención de la población abierta, ubicada en el medio rural (gran parte población indígena), y urbano-mar-ginadas de los servicios otorgados por la Secretaría de Salud y del sistema de IMSS-Solidaridad.

Se buscaba remediar la falta de acceso geográfico y funcional de los servicios de salud localizados en los municipios con elevados índices de marginación.

Como parte de esta estrategia, 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). Los dos programas buscaban brindar a comunidades de alta marginación un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS), conformado por 13 acciones prioritarias de bajo coste y alta eficiencia.

Evidentemente, lograr que cualquier habitante de nuestro país tenga acceso a los servicios de salud es en sí misma una meta significativa. No obstante, se deja otro problema muy importante de lado: la desigualdad que existe entre los diferentes tipos de los servicios médicos a los que acceden los desahabientes, la población abierta y los que cuentan con servicios privados.

### El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC)

En México, la estrategia de combate a la pobreza se estructura en tres vertientes:

- Desarrollo humano, que invierte en las personas para desarrollar sus capacidades básicas (alimentación, educación, salud).
- Infraestructura social básica, que implica tanto mejorar el entorno en el que viven las personas (agua potable, electricidad, drenaje, caminos), como establecer condiciones que favorezcan la inversión en empleo y permitan el surgimiento de nuevas oportunidades y fuentes de ingresos.
- Productividad y empleo, que promueve la generación de empleos y capacitación para el trabajo.

El Programa de Ampliación de Cobertura es un programa diseñado por el gobierno federal y se ubica dentro de la Vertiente de Desarrollo Humano. En el 2001 dicha vertiente contó con un presupuesto de 30,104,535,771 pesos, mientras que a la vertiente Productividad y Empleo le correspondieron, para ese mismo año, 8,873,827,219 pesos y a la de Infraestructura Social Básica 25,940,784,155 pesos. Como puede verse, de acuerdo a las cifras

presupuestales, el gobierno federal pone énfasis en cubrir las necesidades básicas de las personas que viven en pobreza y pobreza extrema.

**Cuadro 4**  
**Estrategia de combate a la pobreza en México.**  
**Monto por vertiente 2001**  
(Pesos)

Vertiente	Monto
Desarrollo humano	30,104,535,771
Productividad y empleo	8,873,827,219
Infraestructura social básica	25,940,784,155

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001.

En el cuadro 5 se puede ver que dentro de la Vertiente de Desarrollo Humano existen tres programas más en los que opera la Secretaría de Salud y dos de ellos cuentan con mayor presupuesto que el PAC: el IMSS-Solidaridad y el componente de salud de Progresar. Esto llama la atención ya que a nivel discursivo, el Programa de Ampliación de Cobertura es el más destacado por el gobierno. «Para la presente administración (el PAC) es el eje principal de la estrategia de ampliación de cobertura, incorporando a los servicios formales de salud a la población carente de estos; a través de la construcción de unidades médicas fijas y móviles, reforzando su equipamiento, rehabilitación y abasto; promoviendo y coordinando la realización de cursos de capacitación en materia de supervisión y evaluación de los servicios básicos de salud para la extensión de cobertura y promocionando la organización y participación social en beneficio de la salud de los grupos vulnerables».<sup>10</sup>

10. Exposición de Motivos e Iniciativa de Decreto del Proyecto de Egresos de la Federación de 2001.

**Cuadros 5**  
**Gasto dirigido a superar la pobreza 2001**  
**Vertiente de Desarrollo Humano**  
(Pesos corrientes y %)

Secretarías y Programas	PEF 2001	
	Pesos corrientes	Participación en la vertiente %
Secretaría de Salud		
Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresar), componente de salud	2,099,805,302	6.98
Programa de Ampliación de la Cobertura (PAC)	1,185,500,031	3.94
Programa IMSS-Solidaridad	3,890,800,000	12.92
Programa Nacional para Todos	250,000,000	0.83
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF nacional)	970,870,000	3.22
Secretaría de Desarrollo Social		
Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresar), componente alimenticio	5,317,691,900	17.67
Programa de Abasto Rural de Diconsa	515,000,000	1.71
Programa de Abasto Social de Leche de Liconsa	150,000,000	0.50
Programa Tortilla de Liconsa	1,429,229,000	4.75
Instituto Nacional Indigenista (INI)	447,645,163	1.49
Programa de Capacitación y Fortalecimiento Institucional	30,500,000	0.10
Programa de Investigación y Desarrollo de Proyectos Regionales	23,500,000	0.08
Comisión Nacional de Zonas Áridas (CONAZA)	21,225,805	0.07
Secretaría de Educación Pública		
Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresar), componente educativo	5,584,800,000	18.55
Programa para la Infraestructura en Educación Básica (Escuelas de Calidad)	350,000,000	1.16
Programa Educación Apoyada en Tecnologías de Información y las Comunicaciones	399,000,000	1.33
Educación Indígena a cargo de la Dirección General de Educación Indígena	182,123,681	0.60
Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE)	4,426,336,384	14.70
Fondo de Aportaciones Múltiples del Ramo 33		
Abasto y Asistencia Social (OIF estatales)	2,830,508,505	9.40
Total de la vertiente Desarrollo Humano	30,104,535,771	100

Fuente: FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación (2001), p.55.

## Los objetivos del PAC

El objetivo general del PAC es «Incrementar la cobertura integral de los servicios de salud del primer nivel de atención, con la finalidad de mejorar las condiciones de salud en la población sin acceso a los servicios y con los mayores índices de marginación».<sup>11</sup>

Sus objetivos específicos son los siguientes:

- Ampliar y fortalecer la red de servicios del primer nivel, con base en el modelo de atención a la salud para población abierta, y otorgar el Paquete Básico de Servicios de Salud que es el instrumento que integra los servicios esenciales que deben otorgarse a la población.
- Aumentar la capacidad resolutoria de los estados, las jurisdicciones sanitarias y los municipios, así como la programación, operación y evaluación local de las acciones prioritarias.
- Promover la participación social y la cultura de la salud, articulando los recursos comunitarios con los institucionales, e incorporando las prácticas tradicionales de atención a la salud.

Como podemos observar, el PAC no se propone ni siquiera en su discurso incorporar la perspectiva de género, aunque al contemplar el tercer objetivo, y remitiendo en cuenta el rol de las mujeres, podemos deducir que el objetivo destinado a incorporar las prácticas tradicionales de salud, involucrará de manera especial a las mujeres de la comunidad.

Con base en los anteriores objetivos, la meta del programa era cubrir a las 10 millones de personas sin acceso a servicios diseminados por todo el país.<sup>12</sup>

### 11. Secretaría de Salud (2000), p. 21

12. La evolución en la cobertura de 1996 al año 2000 se dio de la siguiente manera:

Los estados en los que se inició el programa en 1996 fueron: Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. En ese año se cubrió a 3,900,000 habitantes.

En 1997 se incorporaron los estados de Chihuahua, Durango, Guanajuato, México, Nayarit, Querétaro y Sinaloa, sumando a 2 millones 200 mil habitantes más. El último estado que se sumó en 1999 fue, con lo que se logró llegar a un total de 19 estados, 96 jurisdicciones sanitarias, 874 municipios, 42,952 localidades y un poco más de 8 millones de habitantes.

## Fuentes de financiación del PAC

Los recursos con los que cuenta el programa para cumplir con sus objetivos provienen de un préstamo internacional otorgado al gobierno mexicano por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), de recursos del gobierno federal y una parte que aporta cada uno de los estados participantes.

El monto negociado con el BIRF fue de 310 millones de dólares, mientras que el gobierno mexicano se comprometió a aportar como contrapartida 133,4 millones de dólares. Por lo tanto, el total de los recursos federales disponibles para desarrollar el proyecto fueron de 443,4 millones de dólares.

Según datos oficiales el presupuesto para el PAC se distribuyó por año de la siguiente manera, de acuerdo a las etapas de operación:<sup>13</sup>

Cuadro 6  
Presupuesto PAC por año  
(Millones de pesos)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Federal	291,5	540,0	816,1	780,5	1,079,6	1,185,5
Estatal	20,0	54,2	80,8	136,2	264,9	264,9
Total	311,5	594,2	896,9	916,7	1,344,5	1,450,4

Fuente: Datos para 1996-2000. «El Programa de Ampliación de Cobertura 1996-2000». Recuento y testimonio de un esfuerzo de equidad y extensión de servicios de salud en México. México: SSA, 2000.

Datos para 2001 Presupuesto de Egresos de la Federación 2001.

13. Etapa 1. Instrumentación e implantación (1996-1997) que contempla el arranque del programa y la confección e introducción de los instrumentos para asegurar su operación.

Etapa 2. Desarrollo operativo (1998-1999), durante esta etapa se buscó abarcar al universo de la población beneficiaria al mismo tiempo que se constituyó el soporte técnico, financiero y operativo, con miras a la aplicación integral del Paquete Básico.

Etapa 3. Consolidación (1998-1999). Perfeccionamiento en la prestación de los servicios del PSSS.

Etapa 4. Cobertura Universal (1999-2000). Consolidación de la cobertura con el Paquete Básico.

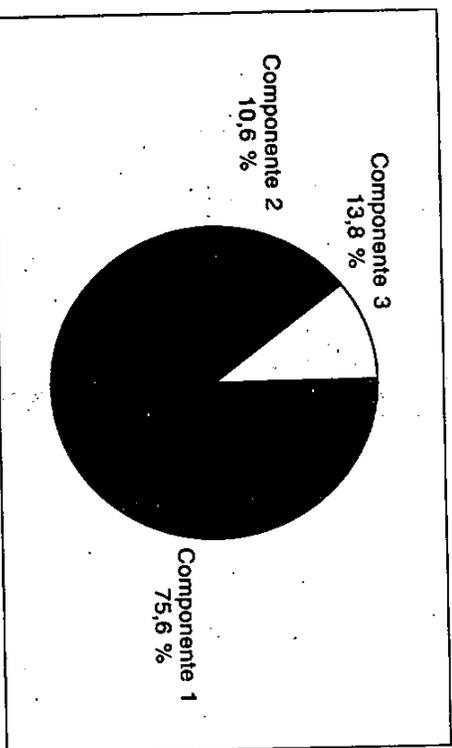
Etapa 5. Transición (2000-2001). Institucionalización del programa y preparación para el cierre administrativo y financiero del proyecto.

Los estados establecieron convenios de colaboración con la federación en donde se comprometieron a aportar como mínimo un 10 por ciento de su presupuesto autorizado en salud para la operación del PAC.

El Programa tiene tres componentes y se dividen presupuestalmente de la siguiente manera:

1. Atención básica a la salud (335.210.400 dólares).
2. Desarrollo y descentralización institucional (61.189.200 dólares).
3. Modernización y reestructuración de la SSA (47.000.400 dólares).

Cuadro 7  
Porcentaje de las intervenciones del PAC



Fuente: Datos para 1996-2000, Secretaría de Salud (2000).

Por su importancia y por las implicaciones directas que tiene sobre la población beneficiaria nos centraremos en el primer componente: Atención básica a la salud.

El Programa de Ampliación de Cobertura tuvo una asignación para el año 2001 de 1.243.300.000 pesos, cifra que constituyó el 0,09% del gasto neto total; el 0,2% del gasto social y el 0,8% del presupuesto destinado al sector salud, como puede apreciarse en el cuadro 8.

Cuadro 8  
Gasto destinado al sector salud (2001)  
(pesos y %)

Tipo de gasto	Total	% del gasto neto	% del gasto social	% del presupuesto del sector salud
Secretaría de Salud	19.278.072.890	1,4	3,6	12,6
Componente de salud del Progreso	1.173.400.000	0,08	0,2	0,7
Programa de Ampliación de la Cobertura PAC	1.243.300.000	0,09	0,2	0,8
Programa de salud a cargo de IMSS-Solidaridad	3.890.800.000	0,30	0,7	2,5

Fuente: Equidad de Género, Trabajo y Familia A. C. con cifras del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2001.

El principal instrumento del Programa de Ampliación de Cobertura para asegurar el acceso de toda la población a los servicios de salud, especialmente a los grupos sociales más desfavorecidos, es el Paquete Básico de Servicios de Salud que actualmente consta de 13 intervenciones esenciales, las cuales se profundizarán más adelante. No obstante, los estados tienen la capacidad de agregar otro tipo de acciones prioritarias (prevención y control de la rabia, paludismo, dengue, alacranismo; salud bucal, etc.) de acuerdo a los perfiles epidemiológicos específicos de cada uno de ellos.

### Las intervenciones del paquete básico de servicios de salud

El campo de la salud es uno de los ámbitos donde se reflejan de manera más nítida las desigualdades surgidas de los procesos económicos y sociales.

Es necesario comentar que la salud de las mujeres es la síntesis y el resultado de dos variables: la biología de su sexo y el lugar que la sociedad les asigna en un determinado contexto histórico y cultural.

Los condicionantes biológicos corresponden a la anatomía y a la fisiología de la mujer (órganos específicos, funciones relacionadas con la sexualidad y la reproducción); mientras que los condicionantes sociales y culturales se relacionan con las oportunidades de la mujer para acceder a la educación, alimentación y a los servicios de salud, a la aportación monetaria y la distribución del ingreso familiar, a su carga de trabajo y al poder de decisión en la familia y la sociedad.

Uno de los instrumentos de política pública que nos permite acercarnos a la forma en que se implementan algunos programas específicos son sus Reglas de Operación. Los Programas que contienen patrones de beneficiarios, publican sus Reglas de Operación con el objetivo de ejercer, controlar y evaluar el ejercicio del gasto público federal. También contienen los objetivos del programa, cobertura, población objetivo, criterios de selección, mecánica de operación, derechos y obligaciones de los beneficiarios, etc. Por tal motivo, se convierten en un documento clave en el análisis de la política pública.

El análisis de las Reglas de Operación del PAC con la categoría de género nos arroja el siguiente resultado:

- No cuenta con una leyenda explícita de que el programa incluye la perspectiva de género. Tampoco indica a qué porcentaje de población femenina pretende beneficiar; sin embargo, inferimos que si bien el PAC es un programa dirigido a la población más desprotegida de nuestro país que vive con los más altos índices de marginación, y de acuerdo con datos demográficos que señalan que poco más de la mitad de la población son mujeres, consideramos que en esa misma proporción son atendidas sus necesidades básicas de salud por medio de dicho programa.
- El programa parte de un diagnóstico general de la problemática de salud de la población a que se pretende ampliar la cobertura y

calidad de los servicios básicos; sin embargo, a pesar de que al menos tres de sus intervenciones están dirigidas a mujeres, no tiene un diagnóstico de la población femenina.

Las mujeres participan en el programa de manera «instrumental»; es decir, se utilizan los roles tradicionales de las mujeres dentro del hogar y la reproducción de la familia.

A continuación profundizaremos en cada una de las Intervenciones del Paquete Básico y sus acciones.

Intervenciones del Programa de Ampliación de Cobertura:

Cuadro 9  
Intervenciones del Programa de Ampliación de Cobertura

Intervención 1	Saneamiento básico a nivel familiar.
Intervención 2	Planificación familiar.
Intervención 3	Atención prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido.
Intervención 4	Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil.
Intervención 5	Inmunizaciones.
Intervención 6	Manejo de casos de diarrea en el hogar.
Intervención 7	Tratamiento parasitario a las familias.
Intervención 8	Manejo de infecciones respiratorias agudas.
Intervención 9	Prevención y control de la tuberculosis pulmonar.
Intervención 10	Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitas.
Intervención 11	Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.
Intervención 12	Capacitación comunitaria para el autocuidado a la salud.
Intervención 13	Prevención y detección del cáncer cérvico Uterino.

- En la mayor parte de las intervenciones (1-4-5-6-7-8-11-12) las mujeres aparecen como el instrumento para mejorar la salud de la familia y la comunidad, al ser ellas las que reciben culturalmente la asignación exclusiva de las tareas provenientes de la reproducción.

Entre sus acciones el Programa contempla el saneamiento básico a nivel familiar; capacitación a las madres en orientación nutricional y seguimiento del niño con desnutrición; promoción y educación para la salud; manejo de casos de diarrea en el hogar; administración periódica de antiparasitarios a la familia; capacitación a las madres en el manejo de infecciones respiratorias agudas; capacitación para otorgar primeros auxilios en caso de heridas, quemaduras, envenenamiento, fracturas, etc.

Como puede apreciarse, éste programa se apoya directamente en las mujeres de acuerdo a lo planteado en sus acciones. En la medida que los programas y proyectos de salud familiar y comunitaria descansan en los roles femeninos tradicionales materno-domésticos y de servicio voluntario a la comunidad, como componentes esenciales para la consecución de las metas de tales intervenciones, las mujeres aparecen como la vía para llevar a cabo las acciones de los programas y no como un grupo con un perfil de necesidades y de problemas que requieran acciones de salud y de bienestar específicas.

- La intervención 2 está enfocada únicamente al control y reducción de la fecundidad. Desde nuestro punto de vista, la planificación familiar debe integrarse en un concepto más amplio que no solamente se relacione con la regulación de la fecundidad. El concepto de salud reproductiva comprende también la posibilidad de tener relaciones sexuales gratificantes, sin coacción y sin temores de infección o embarazo no deseado, de tener un embarazo y un parto seguros y de dar a luz y criar niños saludables. Por otra parte, deben crearse estrategias dirigidas a los varones para que también ellos se hagan responsables del control de su reproducción y así mismo se asignen recursos necesarios.
- La intervención 3, que cubre los aspectos directamente relacionados con la maternidad, plantea entre sus acciones el cuidado y atención oportuna de la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con el objetivo de reducir la mortalidad materna e infantil. De esta forma parece cubrirse de manera adecuada con sus acciones respectivas, en el entendido de que la importancia de la supervivencia infantil va acompañada de estrategias para la protección de la salud de las mujeres.
- Las enfermedades cardiovasculares, —generalmente consideradas como «masculinas»— constituyen una de las principales causas de

mortalidad entre las mujeres de América Latina, particularmente durante la etapa post reproductiva. Por su parte la diabetes *mellitus* figura entre las primeras 10 causas de muerte en todos los países de la región y afecta predominantemente a las mujeres. Por esta razón, la acción n° 10 representa un avance en la atención de una problemática específica que está afectando directamente a las mujeres.

- La acción 13 responde a uno de los problemas de salud pública más relevantes, al ser el cáncer cérvico-uterino la primera causa de muerte por neoplasias malignas en mujeres de 25 a 64 años en nuestro país.

El programa no contempla ninguna estrategia que tenga que ver con la violencia intrafamiliar, que está asociada a las desigualdades existentes dentro del núcleo familiar y provoca en las mujeres padecimientos físicos y emocionales muy importantes.

### Los hallazgos

El Programa de Ampliación de Cobertura no fue diseñado desde una perspectiva de género ni tiene dentro de sus objetivos promover la equidad entre sus beneficiarios; no obstante, uno de nuestros propósitos al analizarlo fue el comprobar que un programa elaborado desde una posición de «neutralidad» con respecto a los géneros, impacta de manera diferenciada en los mismos y puede, aun sin proponérselo, reproducir las desigualdades entre mujeres y hombres.

El programa fue diseñado, al igual que otros programas de combate a la pobreza, desde una lógica de eficiencia económica que se traduce en la reducción de los recursos destinados a los servicios públicos y en fomentar la corresponsabilidad de los individuos.

En este sentido, la amalgama que resulta en nuestro análisis es que el paquete básico de salud del programa está diseñado para tener un alto rendimiento en términos de costo-efectividad; por lo tanto, es reducido y pensado para realizarse con tecnología simplificada y por personal de baja cualificación y para su implementación utiliza los roles de las mujeres socialmente asignados para llevar a cabo sus acciones.

Por esa razón, la mayor parte del personal que lo ejecuta en los estados es personal voluntario el cual supera por mucho al personal que participa en el programa de manera asalariada. «En 1996 se con-

taba con 875 prestadores de servicios institucionales y 3,809 auxiliares de salud; para el año 2000 ya se cuenta con una plantilla de 5,096 personas de las áreas médica, paramédica y de apoyo, así como con 10,870<sup>14</sup> auxiliares de salud». La mayor parte del personal voluntario son mujeres, como lo señalan varias investigaciones al respecto.<sup>15</sup>

**Cuadro 10**  
**Personal que participa en el PAC por entidad federativa (2000)**  
(Personas)

	Asalariado	Voluntario
Campeche	62	140
Chiapas	395	1,975
Chihuahua	285	756
Durango	99	240
Guanajuato	83	125
Guerrero	307	644
Hidalgo	500	558
Jalisco	98	185
México	294	651
Michoacán	146	200
Nayarit	84	162
Oaxaca	600	1,931
Puebla	703	959
Queretaro	106	349
San Luis P.	240	610
Sinaloa	127	147
Veracruz	697	838
Yucatán	162	405
Zacatecas	108	199
Total	5,096	11,074

FUENTE: «El Programa de Ampliación de Cobertura 1996-2000». Recuento y testimonio de un esfuerzo de equidad y extensión de servicios de salud en México. México. SSA. 2000.

14. Esta cifra varía en el cuadro porque en los documentos oficiales del PAC hay diferencias. Se retoma la que está desglosada por estado.  
15. Castañeda Pérez, Martha Alda (2000).

Como puede apreciarse en el cuadro anterior, en todos los casos el personal voluntario es mayor que el asalariado, llegando en algunos casos a cifras exageradas, como, por ejemplo, en estados como Chiapas, Chihuahua, México, Oaxaca, San Luis Potosí y Yucatán. Haciendo un cálculo muy simple, si todas estas personas percibieran al menos un salario mínimo al mes vigente en nuestro país en el 2001, el programa tendría que elevar su costo en al menos 149,778,065 dólares USA lo que representaría el 12,63% del programa en su conjunto.

**Cuadro 11**  
**Costo del personal voluntario con salario mínimo**  
(Personas y pesos corrientes)

Año	Personal voluntario	Salario mínimo por día dólares USA	Salario mínimo por mes dólares USA	Salario mínimo por año dólares USA	Total dólares USA
2001	11,074	37.57	1,127.10	13,525.20	149,778,065

FUENTE: Elaboración propia con datos del Diario Oficial de la Federación

Si consideramos que únicamente se le brinda al personal voluntario una beca o apoyo económico de 300 dólares USA mensuales,<sup>16</sup> el ahorro para el programa es sustantivo y se transfiere a este tipo de personal como una jornada extra de trabajo no pagada.

Esta situación aparece como una carga extra en el caso de las mujeres a nivel de las comunidades, ya que de por sí, una disminución del gasto público implica la restricción de los servicios sociales a la cual hay que sumarle las transferencias de costos que hacen los programas sociales a través del trabajo no pagado.

16. Según dato especificado por funcionarios de la Secretaría de Salud responsables del programa a nivel federal.

Una dimensión clave del impacto del presupuesto en la igualdad de género es el impacto sobre la cantidad de trabajo doméstico no remunerado. Esto es especialmente relevante por la fluidez del traspaso del trabajo remunerado en el contexto de reducción del gasto público, que representan falsas economías.<sup>17</sup>

Por otra parte, en materia de salud sexual y reproductiva, área que particularmente nos interesaba analizar dentro del Programa de Ampliación de Cobertura, encontramos que en él se combinan las acciones para la disminución de la mortalidad materna y la causada por el cáncer cérvico-uterino; con las metas que apuntan a la disminución de la fecundidad a toda costa y como señala Gisela Espinosa, nos encontramos con una:

Mezcolanza de metas que tienden a mejorar la salud reproductiva y se ajustan al espíritu de El Cairo, con aquellas que tienden decididamente a reducir el crecimiento de la población y se oponen al espíritu de El Cairo, muestran una tensión o definitivamente una contradicción entre las políticas de salud reproductiva y las de población, pues se sospecha que alcanzar las metas demográficas implicará violentar los derechos reproductivos.<sup>18</sup>

Finalmente, el Programa de Ampliación de Cobertura terminó su última etapa en el 2001, año en que se concluyó el préstamo del BIRF. No obstante, el gobierno federal asignó recursos nacionales para darle continuidad. En el 2002 se le asignó un total de 1.175.982.542 pesos en el que se siguió operando desde la Oficina de Ampliación de Cobertura de la Secretaría de Salud, en una modalidad que podría denominarse como de «transición» antes de convertirse en un programa descentralizado.

Para el 2003 encontramos que los recursos asignados al PAC, 862.156.785 pesos aparecen en un rubro diferente del presupuesto

17. Seminario Economía y Género: su vinculación para la formulación de políticas públicas. Unidad IV. PRIGEP-FLACSO, Buenos Aires, en: [www.prigep.org](http://www.prigep.org)

18. Espinosa, Gisela (1999).

federal, en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud de Estados y Municipios, con lo que se concreta el proceso de descentralización del programa.

A partir de este año, el peso de la responsabilidad de la operación del programa y los recursos con los que cuenta serán asumidos por los estados participantes; sin embargo, cabe preguntarse si serán suficientes los recursos que la federación transfiera a los estados y si éstos cuentan con la infraestructura adecuada para seguir manteniendo los logros alcanzados por el PAC hasta el momento.

Finalmente, el PAC es considerado un programa exitoso en la medida en que, con relativamente pocos recursos, se ha cubierto según datos oficiales el 99,7% de la población mexicana con servicios básicos de salud. Lo que no se contempla es el costo en tiempo, salud y trabajo no pagado que se transfiere a las mujeres, donde la reproducción humana, como bien social pasa a representar un costo que debe ser asumido por el sexo femenino.

No se puede evaluar verdaderamente el impacto de los programas y sus presupuestos sin relacionar la política económica con las implicaciones que tiene ésta con la vida cotidiana de mujeres y hombres. Por lo tanto, hay un gran trecho que recorrer.

### A manera de conclusión

La implementación de las políticas de ajuste estructural en México ha traído como consecuencia el empobrecimiento de una enorme proporción de la población. Los costos sociales todavía no se han cuantificado y la magnitud exacta en los diferentes grupos sociales y en los hogares resulta una tarea pendiente.

En términos de género, la división sexual del trabajo que designa a las mujeres como responsables del cuidado de la familia y del trabajo doméstico las obliga a incrementar su trabajo doméstico para compensar la disminución de los servicios sociales, resultado de la caída del gasto público.

El análisis de uno de los programas de combate a la pobreza —aún solamente desde sus Reglas de Operación— nos permitió constatar que los programas no tienen en cuenta la transferencia de costos que se lleva a cabo del mercado a los hogares, y en particular a las mujeres.

Analizar las relaciones de género y la lógica de los programas gubernamentales desde el presupuesto público representa una herramienta para hacer visibles los diferentes impactos y resultados de los mismos. Sin embargo, tenemos que ir más allá, tenemos que incorporar los resultados y nuestras demandas directamente en el diseño de la política macroeconómica.

## Bibliografía

- AGUIJAR, Martha Patricia (2000), «Ilusiones en cascada... Presencia y participación de las Mujeres en el Programa de Ampliación de Cobertura», México.
- BUDLENDER, Debbie y Rhonda SHARP (1998), *¿Cómo realizar un análisis de presupuesto sensible al género? Investigación y práctica contemporáneas*, Australia, Agencia Australiana para el Desarrollo Internacional.
- CASTAÑEDA PÉREZ, Martha Alda (1999), *El Programa de Ampliación de Cobertura en Comunidades Indígenas de Oaxaca: participación comunitaria y perspectiva de género*, México, noviembre.
- CEESP (1990), *La economía informal en México*, Ed. Diana México, Consejo Nacional de Población, *Proyecciones de la población de México, 1996-2020*, México.
- Diario Oficial de la Federación* (2001, 2002 y 2003), México.
- ELSON, Diane (2002), *Iniciativas de Presupuestos Sensibles al Género: Dimensiones Claves y Ejemplos Prácticos*, Seminario Enfoque de Género en los presupuestos, 2-3 de septiembre, Gobierno de Chile/PNUD/CEPAL/UNIFEM/GTZ.
- Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia A. C. Agenda de estadísticas básicas del presupuesto federal de egresos 2002-2003. <http://modemnmujer.org/equnidad>.
- ESPINOSA, Gisela (1999), *El Presupuesto Público en el Sector Salud y en la Salud Reproductiva*, ponencia presentada en el Taller sobre Presupuestos Públicos, el Enfoque de Género y las Mujeres, organizado por Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia, A. C. México, D. F. del 23 al 25 de agosto.
- EVANGELISTA, Elí (2000), «Las políticas sociales en el desarrollo local: aproximaciones a la construcción de la política juvenil en la Ciudad de México», en: *Revista Trabajo Social* n° 1, invierno, México, p. 12-24.

FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación A. C. (2001), *El ABC del Presupuesto de Egresos de la Federación: el combate a la pobreza*, México.

LEON, Samuel (1999), «Política Social y Salud», en *Las políticas sociales de México en los años noventa*, México, UNAM/FLACSO/Plaza y Valdés editores.

LUSTIG, Nora (1999), *De crisis en crisis*, en Transformación Económica y Comercio Exterior, Ed. FCE y Bancomext, México.

*Presupuesto de Egresos de la Federación*, 2001, 2002, 2003.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Subsecretaría de Egresos (2000, 2001, 2002, 2003), *Exposición de Motivos e Iniciativa de Decreto del Proyecto de Egresos de la Federación*.

Secretaría de Salud (2000), *El Programa de Ampliación de Cobertura 1996-2000. Retorno y testimonio de un esfuerzo de equidad y extensión de servicios de salud en México*, México.

Seminario Economía y Género: su vinculación para la formulación de políticas públicas. Unidad IV. PRIGEP-FLACSO, Buenos Aires, en: [www.prigep.org](http://www.prigep.org).

SOLÍS MANJARRÉZ, Leopoldo (2000), *La Realidad Económica Mexicana: retrovisión y perspectiva*. Ed. FCE, México 2000, Cuadro IX:11, p. 358.

UNIFEM, *Iniciativas de presupuestos sensibles al género en América Latina y el Caribe*, S/E