

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Financiamiento, Desarrollo y Salud. El caso México 1990-200.

Irene M. Parada Toro.

Cita:

Irene M. Parada Toro (2009). *Financiamiento, Desarrollo y Salud. El caso México 1990-200*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1491>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evbW/ETC>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Financiamiento, Desarrollo y Salud

El caso México 1990-2005

Irene M. Parada Toro

Instituto Nacional de Salud Pública

mparada@correo.insp.mx

Introducción

El fenómeno de la pobreza en América Latina no es de ahora. Sin embargo, en los últimos 25 años ganó una nueva dimensión, incluso algunos autores empezaron a hablar de “nuevos pobres” e identificar entre ellos a los más vulnerables frente a las políticas macroeconómicas.

Tampoco el problema de la deuda externa es nuevo. En lo que sí vale la pena llamar la atención es en cómo México siguió las orientaciones de los organismos financieros internacionales asociados con dictámenes que posteriormente se denominarían "Consenso de Washington", y que tuvieron serias repercusiones en el sector social, en particular en el de la salud.

Como es sabido, en términos generales, estas orientaciones puestas en práctica a partir de la década de 1980, del siglo XX, tuvieron como objetivos reducir la intervención estatal, disminuir distorsiones sociales e imprimir mayor eficiencia al introducir mecanismos de mercado en el quehacer económico del Estado.

En paralelo, se han registrado cambios sustanciales en la distribución del ingreso y de las oportunidades de bienestar. Estas políticas se derivaron de acuerdos con las Agencias Internacionales de Cooperación y con la no nueva, pero recién nacida visión de la globalización.

Es este contexto, la investigación abordó los programas dirigidos a la atención en salud y a la pobreza en México (Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) y Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES- Seguro Popular), Programas sociales para la pobreza (Solidaridad). Programa de Servicios Sociales Esenciales (PROSSE), Programa Multifase de Atención a la Pobreza Urbana. Fase I. (PROGRESA), Programa Multifase para la Consolidación y Expansión del Programa de Desarrollo Humano. Fase II. (OPORTUNIDADES)

Para el análisis de estos programas se incluyeron aspectos de las políticas públicas económicas, y dentro de este análisis se busca dar cuenta de las fuentes de financiamiento de los créditos para la Secretaría de Salud (SSA), de indicadores económicos (gasto per cápita, monto financiero para la SSA, monto de créditos, entre otros), así como caracterizar la transición epidemiológica y las necesidades y daños a la salud cubiertos por estos créditos; los indicadores epidemiológicos planteados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) e indicadores de desarrollo, para ello partimos de las siguientes hipótesis:

Los créditos obtenidos en el periodo de estudio favorecen el desarrollo social en el país, pero no inciden en la pobreza estructural.

1. Los montos financieros otorgados para el país han contribuido a la implantación de programas que favorecen la equidad en salud en lo que se refiere al acceso a un conjunto de procedimientos médico-asistenciales, pero no en el derecho a la salud.
2. El gasto en salud en México ha disminuido en el periodo en estudio y esta disminución se ha suplido en parte con las asignaciones financieras hechas por las agencias internacionales de cooperación externa: el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Metodológicamente, se trata de un estudio longitudinal retrospectivo de los montos financieros otorgados por las agencias internacionales en el contexto de la implementación de la reforma del Sistema de Salud, plantea tanto los cambios ocurridos en el sector en un periodo de 15 años, como de las políticas propuestas para salud. Incorpora el análisis cuantitativo y la revisión teórica, con el fin de plantear una visión tangible y mensurable del fenómeno, en donde se intrincan los datos duros de los préstamos con la perspectiva de la Teoría de Desarrollo.

Conclusiones

Es a partir de finales de la década de 1980 cuando se produce en el país un cambio en el modelo económico sustentado en la apertura al exterior, en la liberalización de mercados internos y en la privatización de la economía, partiendo de la premisa acerca de que la apertura al exterior permitiría que la competencia internacional obligaría a las empresas a ser competitivas, y el mecanismo de precios de mercado “generaría una asignación más eficiente de recursos y un patrón de especialización en el comercio internacional”, basado en las ventajas comparativas (mano de obra barata), generando así un modelo industrial exportador como motor del crecimiento económico, sostenido en un marco macroeconómico de baja inflación (estabilidad de precios), y por ello un crecimiento y desarrollo del país, y mejores condiciones a las clases más vulnerables. Esta fue la premisa para introducir el cambio. Es a partir de la década de 1990 cuando se puede hablar del fenómeno no nuevo, pero vigente: “la globalización.”

Todo lo anterior plantea una subordinación de la política social a la económica a través de las reformas planteadas desde la Secretaría de Salud y la seguridad social, entre ellas encontramos: la descentralización de las instituciones, así como de los recursos de los Ramos 26, y 33, y la reiteración de programas focalizados en el combate a la pobreza.

En salud vemos que se han planteado en el país tres modelos para los programas de protección social: la seguridad social, el seguro social y la asistencia social. Desde la teoría del desarrollo los podríamos insertar dentro de los modelos del Estado de Bienestar, Estado Liberal -Sustitución de Importaciones- y modelo Neoliberal.

En las última décadas se implementan en el país programas asistenciales para los más pobres y vulnerables en respuesta a "la crisis económica y a los programas de ajuste estructural que agravaron su situación, con un enfoque descentralizador y participativo, y algunos con énfasis en inversión social." Su finalidad no es más que viabilizar políticamente el ajuste estructural que va a surgir como una propuesta global de política social, con una combinación público-privada, en la cual las responsabilidades estatales en materia de bienestar social se circunscriben al combate contra la pobreza extrema, y el aseguramiento contra los riesgos adquiere una dimensión individual, desvirtuando el carácter solidario de la seguridad social que corresponde a una política neosocial atomizada y selectiva, manteniendo su énfasis en la generación de capital humano. Los programas estudiados desde su implantación están dirigidos a este fin.

En relación con los sociales, un aspecto que hay que recalcar es el establecimiento de programas focalizados (focalizar surge como la alternativa más atractiva de concentrar los beneficios en los segmentos de la población que más lo necesitan), en los grupos vulnerables, recomendados por las agencias Internacionales (BM, BID) con la finalidad de hacer frente a los costos sociales de las políticas de ajuste, de la reestructuración económica y de la apertura del mercado (Valier 1996).

En síntesis, podremos decir que los problemas de los programas focalización son profundos y están relacionados con problemas de información (incompleta o distorsionada), estigmatización social, estímulo negativo al auto-esfuerzo y racionalidad política ya que en muchas oportunidades “el beneficio” de los programas focalizados no supera su costo. El problema es aún más dramático en comunidades relativamente homogéneas en las cuales la segmentación en diferentes categorías, propia de la focalización, segrega y polariza creando división social.

Con esta visión fue que se implementaron los llamados programas contra la pobreza: Solidaridad (1989-1994), PROGRESA, (1997-2001), OPORTUNIDADES (2002-2006), el país ha seguido los planteamientos indicados por las agencias internacionales (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, entre otras), sustentados en la focalización. Para su puesta en marcha se utilizaron préstamos del BM, del BID y del BIRF. Y como hemos comentado anteriormente es por ello que podremos decir que éstos programas estuvieron y están encaminados a construir la legitimidad simbólica del régimen político en el imaginario social, cuyo objetivo se localiza en la reestructuración de las relaciones entre la sociedad y el Estado, México ha aplicado en las últimas décadas una política económica neoliberal segmentadora y empobrecedora de la población. En materia de salud su política ha estado guiada, teóricamente, en la búsqueda del mejoramiento del acceso a los servicios de salud, de su cobertura y de su calidad, llegando a pobres resultados ya que hasta los momentos la población vulnerable continua expresándose numéricamente en la misma cantidad a pesar de la implementación de estos, vemos que el país a pesar de estar catalogado como uno de ingresos medios presente tanta desigualdad en la distribución de la riqueza, enfermedad que vemos generalizada en toda la Región.

Si analizamos la situación financiera del sector salud, comprobamos que en el periodo estudiado (1990-2005) el gasto federal en salud ascendió de 1990 a 1994, descendió de 1995 a 1996, para empezar a recuperarse a partir de 1997 hasta el 2005 (figura 1). El mismo fenómeno se sucede con

relación al Producto Interno Bruto pero al hacer la relación entre este y el gasto público en salud encontramos que sólo presenta un crecimiento de 0.9 porcentual a lo largo del periodo lo que nos manifiesta que su crecimiento es relativamente pobre. (Cuadro I) Vemos que la Secretaría de Salud a pesar de ser la institución que cubre a la población más desprotegida del país y que en los 15 años de estudio ha tenido una dinámica ascendente con relación al porcentaje que representa del gasto público en salud todavía muy por debajo de el que representa el del Instituto Mexicano de los Seguros Sociales (cuadro II), con relación al gasto per capita efectivamente se observa un crecimiento para la población no derechohabiente pero nos surge una pregunta que cantidad de acciones se le puede ofrecer a la población con sólo¹ 1218 pesos (113.83 dólares*) aunque pareciera que ha habido un crecimiento substancial para la población más desprotegida vemos que estos aumentos sólo podrán satisfacer la demanda de la inflación en el país pero en general no se puede esperar que las demandas poblacionales en salud sean satisfechas a mayor cabalidad con la pobre inversión que hace el Estado en ella. (Cuadro III)

Con relación a las fuentes de financiamiento para el sector salud para la población no derecho habiente encontramos que este esta constituido por cuadro fuentes que el Ramo 33 es la principal fuente representado para el 2005 el 41.79%, hay que señalar que a pesar que desde finales de los 80's y los planteamientos de la reforma del sector se hace insistencia en el discurso de la necesidad de la incorporación en el gasto en salud de las entidades federativas vemos que estos aparecen es a partir del año 1999 (Cuadro IV)

Hay que mencionar dentro que los prestamos negociados para salud las negociaciones estuvieron realizadas por dos Secretarías la de Salud y la Secretaría de Desarrollo Social de SEDESOL, es menester comentar que los negociados por la Secretaría de Salud fueron y son específicamente para el sector donde se incluye servicios, infraestructura, educación etc. y los negociados por la Secretaría de Desarrollo implican no solamente salud sino otros rubros como vivienda, empleo etc. Los préstamos negociados por la Secretaría de Salud durante el periodo estudiados el mayor correspondió entre 1995-1996 periodo de crisis económica en el país, represento el 3,46% del gasto sexenal, hay que decir que este es el mayor porcentaje de los créditos dentro del gasto en salud por sexenio (Cuadro V)

Dentro del total del gasto público en salud, el monto que implican los préstamos internacionales para los programas analizados (PASSPA, PAC, PROCEDES, PROSSE, Solidaridad, Progreso y

¹ A cambio del dólar (10.7 pesos) para 2005 Banco de México

Oportunidades) son totalmente marginal, suponiéndolo tan sólo entre 0.37% (1990-1994) a un máximo de 4.11% en el periodo 2003-2008 (cuadro VI).

Si analizamos lo que suponen esos préstamos dentro del gasto público en salud, sólo de la SSA el porcentaje aumenta, yendo de 1.06 en el periodo 1990-1994, a 4.11% de 2003 a 2008, suponiendo un aumento de 387% en el periodo.

Es de gran importancia señalar la marginalidad del gasto en estos programas, que se supone están encaminados a la equidad, y a la erradicación total de la pobreza, tanto dentro del gasto público en salud, como dentro del gasto social en general. Esta situación nos hace cuestionarnos acerca de la incidencia real que dichos programas puedan tener para lograr sus fines (Cuadro VII).

Por ejemplo, de esto es el programa del PASSPA, 249,8 millones de dólares para cubrir una población aproximada de 13 millones de personas² en situación de pobreza o pobreza extrema, en un periodo de cinco años, de 1990 a 1994, le tocarían \$3,84 dólares a cada persona en el año, por lo cual es difícil creer que con ese gasto se pueda hacer mucho por paliar la pobreza, ya que le tocarían menos de 32 centavos de dólar a cada persona mensualmente.

Dentro de los programas analizados, para el PASSPA el gobierno federal aportó 28%, mientras que el 72% restante provino de un préstamo del Banco Mundial. En el PAC, el gobierno federal aportó 38.67%, los gobiernos estatales 12.45%, un 0.7% viene de aportación comunitaria y 48.18% del Banco Mundial. En PROCEDES el gobierno federal aportó 17.8%, el Banco Mundial conjuntamente con el BIRF, 82.2%.

En cuanto a los programas sociales, para el PROSSE, el gobierno federal aportó 50%, el BIRD 25% y el BM 25%. Para PROGRESA en su fase 1 el gobierno federal aportó 66% y el BID 34%, y para su prosecución en OPORTUNIDADES (fase 2 de PROGRESA) el gobierno federal aportó 59% y el BID 41%.

Apreciamos una dependencia del gasto público hacia el financiamiento externo cada vez más creciente en los programas encaminados a paliar la pobreza y, aunque este porcentaje parezca pequeño, la dependencia externa en esos programas ha ascendido en el periodo mencionado en 1.110% en un periodo de 15 años. (Cuadro VIII)

² SSA Subsecretaría de Planeación evaluación Integral del PASSPA:177.

Aunque la deuda externa total para los programas dirigidos a la población no derechohabiente suponía ser tan sólo del 0,17% de la deuda externa de México en 1990, aumentó hasta el 0,78% en 2005, lo que supone un aumento del 459%. Esto puede parecer marginal dentro de la deuda externa global, pero el monto absoluto de intereses a pagar resulta muy gravoso para el país. (Cuadro IX)

En cuanto al PAC, el préstamo fue de 350 millones de dólares para cinco años, y su objetivo era lograr la cobertura de 3,8 millones de la población más necesitada de las regiones más pobres del país. Volvemos a cuestionarnos su posible efectividad cuando el gasto efectuado correspondería a 18,42 dólares por persona y año, lo que equivale a 1,5 dólares por persona y mes. La esperanza era que el programa se expandiría gradualmente hasta alcanzar 15 millones de personas que son la mitad de la población de las regiones más pobres.

En cuanto a los resultados en salud, algunos indicadores han mejorado. Por ejemplo, la tasa de mortalidad materna general de México ha disminuido de 90,4 por cada 100,000 nacimientos en 1990 a 61,9 en 2005, pero esto nos indica que no hemos alcanzado la meta propuesta y comprometida en las diferentes reuniones celebradas Conferencia de Población y Desarrollo, de El Cairo, en 1994, la de Beijing, en 1995, la Cumbre del Milenio, de las Naciones Unidas, en 2000), donde se planteaba reducir esta tasa a la mitad, de 1990 a 2000, y para 2015 a 22,3 por 100 mil nacimientos.

Podemos decir que el Programa de Ampliación de Cobertura no logró reducir las defunciones maternas a pesar de que es una de las principales intervenciones para atender la mortalidad materna y que contemplaba, a su vez, 14 acciones específicas, principalmente de prevención, basadas en la promoción de la salud y el autocuidado, y centradas en el periodo del embarazo.

Al observar la tasa de mortalidad materna en los estados más pobres encontramos que en Guerrero la tasa para el 2005 fue de 110,6 por cada 100,000 nacidos vivos; en Chiapas, de 84, 4; en Hidalgo, de 79,7; y en Oaxaca, de 98,7 por cada 100,000 nacidos vivos; a pesar de que gran parte de estos créditos se dirigieron a estos estados la mortalidad materna no ha disminuido en los niveles esperados. (Cuadro X).

Las cifras nos muestran lo evidente del rezago en los compromisos internacionales de la década pasada y de la actual, por lo que podemos decir que las muertes maternas son un problema prioritario de salud pública; ejemplo de esto es que, en términos absolutos, en el sexenio 2000-2006 cada día murieron entre 3 y 4 mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio.

La tasa de mortalidad infantil general ha descendido de 36.2 por 1,000 NV estimados en 1990, a 16.4 en 2005. El país ha alcanzado lo establecido en las Metas del Milenio; es decir, reducir la mortalidad en menores de cinco años de edad en dos tercios. Especialistas indican que, entre otros factores, el avance en los programas de vacunación, control de la salud, acceso a agua potable y alcantarillado, así como incremento en la educación, son factores que inciden en la disminución de la mortalidad infantil.³ Pero a pesar de esto es inconcebible que aún en el país se mueran niños a pesar de todos los esfuerzos y del supuesto desarrollo del país.

Si analizamos con los mismos indicadores los estados más pobres del país y que fueron incluidos en los programas desde el inicio de su implementación, encontramos que éstos presentan tasas de mortalidad materna⁴ y de mortalidad infantil por encima de las nacionales; por ejemplo, Chiapas tenía en 1990 una tasa de mortalidad materna de 123,6 por 100,000 nacidos vivos y para 2000 era de 84; en Guerrero la tasa para 1990 fue de 100,7 y para 2000 era de 110,6. En relación con la tasa de mortalidad infantil⁵ en Chiapas en 1990 era de 49,8 por 1.000 NV y de 23,2 en 2000; y en Guerrero para 1990 fue de 48,1 y en 2000, de 24,7, cifras por arriba de la media nacional; sólo Hidalgo presenta una tasa de mortalidad infantil relativamente parecida a la nacional, aunque la esperanza de vida al nacer en los estados está dentro del promedio nacional.

Aunque estos programas están dirigidos a paliar la pobreza, la desigualdad en la distribución de los recursos hace que las enfermedades y la pobreza se mantengan a pesar de la implementación de programas en contra de ellas.

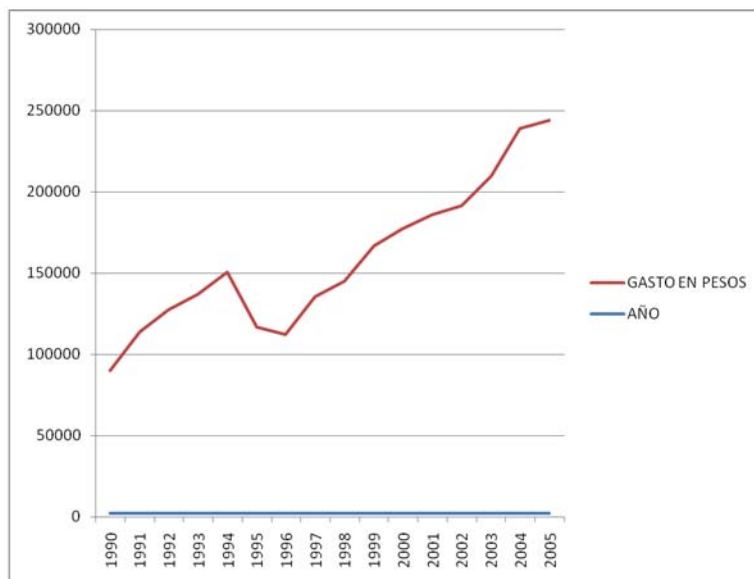
Otro de los problemas presentados en el país es que estos programas han tratado de legitimizar el Estado y las instituciones no han tenido el crecimiento para poder dar satisfacción a las necesidades de la población, lo que ha conllevado a una mala calidad, baja eficiencia y eficacia y a aumentar la inequidad de las instituciones de salud ya que los servicios de salud se precarizan.

3 Índices de mortalidad infantil: UNICEF México, 2008.

4 La tasa de Mortalidad Materna se mide por 100.000 nacimientos vivos (CONAPO).

5 La tasa de Mortalidad Infantil se mide por 1,000 nacimientos vivos (CONAPO).

**Figura 1. Tendencia del Gasto en Salud 1990-2005
(Millones de pesos mexicanos)**



Fuente: Elaboración propia con datos del Boletín de Información Estadística de Salud México 2007

**Cuadro I. Gasto Público, Población, PIB y % del Gasto Público/
PIB
(Millones de pesos)**

Años	Gasto Público Total en Salud	Población	PIB	Gasto Público / PIB
1990	90 162	84 645 776	738 898	0,82
1991	113 901	86 291 473	949 148	0,83
1992	127 283	87 934 418	1125 334	0,88
1993	136 794	89 570 368	1256 196	0,92
1994	150 693	91 188 965	142 059	0,94
1995	116 901	92 781 885	1 840 431	1,57
1996	112 361	94 349 551	2 529 909	2,25
1997	135 311	95 888 216	3 179 120	2,35
1998	144 867	97 390 677	3 848 218	2,66
1999	166 968	99 257 983	4 600 488	2,76
2000	177 292	100 569 263	5 497 736	3,10
2001	185 892	101 826 249	5 811 776	3,13
2002	191 444	103 039 964	6 267 474	3,27
2003	209 734	104 213 503	6 895 357	3,29
2004	238 693	105 349 837	7 713 796	3,23
2005	243 812	106 451 679	8 366 205	3,43

Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA, Boletín de Información Estadística, 2006

Cuadro II. Gasto en salud por Institución 1990-2003*

Año	Gasto Público	SSA	IMSS	ISSSTE	PEMEX
1990	901 627 755,6	17120 002,2	66 008 781,6	7 033 971,7	SD*
1991	113901 354,8	21 251 447,5	78 630 331,0	14 019 576,3	SD
1992	127 283 974,4	23 997 808,9	88 544 570,5	14 741 595,1	SD
1993	136 794 226,6	26 494 944,5	96 239 065,8	10 769 893,7	3 290 322,6
1994	150 693 661,8	29 429 717,2	101 150 243,9	16 225 435,4	3 888 265,4
1995	116 901 746,3	24 204 798,7	80 624 667,3	8 473 821,6	3 598 458,8
1996	112 361 558,5	26 443 316,0	72 595 933,6	9 362 041,2	3 960 267,8
1997	135 311 268,7	36 726 559,8	82 677 788,8	11 352 006,9	4 554 913,2
1998	144 867 104,3	40 018 045,2	88 171 812,4	12 039 955,9	4 637 290,8
1999	166 968 051,1	44 025 259,2	96 784 769,6	13 742 647,7	4 878 351,9
2000	177 292 122,7	48 756 615,6	98 646 447,9	15 655 686,7	5 484 701,3
2001	185 892 704,4	52 437 567,7	100 684 247,8	17 146 957,9	6 173 161,7
2002	191 444 917,3	53 795 170,2	102 869 811,8	17 067 526,9	6 410 110,6
2003	209 734 945,0	58 231 042,9	113 647 082,8	19 415 947,9	7 316 338,0

Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA, Boletín de Información Estadística, 2006
*Miles de pesos mexicanos

Cuadro III. Población no Derechohabiente y Gasto Per Cápita*

Año	Gasto Secretaría de Salud	Población No derechohabiente	Gasto Secretaría de Salud Per Cápita (Miles de Pesos)
1990	17 120 002,2	36 617 776	468
1991	21 251 447,5	37 574 943	566
1992	23 997 808,9	40 040 621	599
1993	26 494 944,5	41 435 540	639
1994	29 429 717,2	43 339 231	679
1995	24 204 798,7	47 057 885	514
1996	26 443 316,0	45 536 551	581
1997	36 726 559,8	44 454 216	826
1998	40 018 045,2	43 129 677	928
1999	44 025 259,2	42 224 983	1,221
2000	48 756 615,6	41 338 263	1,391
2001	52 437 567,7	42 897 249	1,443
2002	53 795 170,2	46 531 964	1,399
2003	58 231 042,9	56 956 303	1,218

Fuente: Elaboración propia con datos del Perfil demográfico y social "La Salud" Centro de información y documentación empresarial sobre Ibero América y el Caribe, y SSA, Boletín de Información Estadística, 2006
*Miles de pesos mexicano

Cuadro IV. Fuentes de Financiamiento para Población no Derechohabiente*

Año	Ramo 12	%	IMSS- Oper	%	Ramo 33	%	Gasto Estatad	%	Total Gasto	Tota l %
199	17120								17120	100,
0	002,2	100,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	002,2	00
199	21251								21251	100,
1	447,5	100,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	447,5	00
199	23997								23997	100,
2	808,9	100,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	808,9	00
199	26494								26494	100,
3	944,5	100,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	944,5	00
199	29429								29429	100,
4	717,2	100,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	717,2	00
199	24204								24204	100,
5	798,7	100,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	798,7	00
199	26443								26443	100,
6	316,0	100,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	316,0	00
199	36726								36726	100,
7	559,8	100,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	559,8	00
199	18883								18883	100,
8	775,4	47,19	0,0	0	289,8	52,81	0,0	0	045,2	00
199	19306								19306	100,
9	425,2	37,44	0,0	0	834,0	47,94	022,7	14,6	440,25	00
200	20280								20280	100,
0	696,7	35,27	0,0	0	918,9	49,52	671,3	15,2	487,56	00
200	16880								16880	100,
1	483,3	27,28	666,6	7,6	3079,5	49,76	789,4	15,2	524,37	00
200	18010								18010	100,
2	948,9	27,67	737,4	7,2	3104,7	47,69	297,8	17,3	537,95	00
200	18771								18771	100,
3	675,0	27,07	574,9	8	483,9	49,39	111,24	6	170,2	00
200	24483								24483	100,
4	039,0	31,41	036,8	6,5	3361,1	45,69	008,7	16,3	651,84	00
200	33705								33705	100,
5	489,1	36,42	034,8	5,5	3866,7	41,79	986,1	16,2	774,60	00

Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA, Boletín de Información Estadística, 2006
*Miles de pesos

Cuadro V. Porcentaje de los Préstamos y Gasto en Salud*

Años	Gasto en Salud Sexenal	Préstamos Sexenales	Porcentaje
1990-1994	16.973.277,17	180	1,06
1995-1996	7.192.784,52	249	3,46
1997-2002	29.741.057,59	310	1,04
2003-2005	18.251.241,77	350	1,92

Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA, Boletín de Información Estadística, 2006
*Millones de dólares

Cuadro VI. Préstamos Internacionales por Periodos Sexenales y Gasto en Salud

Programa	Periodo sexenal	Préstamos (millones de dólares/miles de pesos)		Porcentaje con relación al Gasto	Gasto en Salud (miles de pesos)
		Dólares	Pesos		
SALUD					
PASSSPA	1990-1994	180	630 000	1.06	618 835 973,2
PAC	1997-2002	310	2 496 000	1.04	853 701 851,6
PROCEDES	2003-2008	750	7 385 000	4.11	1 069 578 411,1
SOCIALES					GASTO SOCIAL *(miles de pesos)
SOLIDARIDAD	1990-1994	SE CONTABILIZA EN EL PASSPA			
PROSSE	1995-1996	249	1 968 000	3.46	7.192.784,52
PROGRESA	1998-2001	1 258	13 232,6	9.51	853 701 851,6
OPORTUNIDADES	2002-2005	1 684	10 716,99	15.71	1 069 578 411,1

Fuente: Elaboración propia con datos de: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con base en la información proporcionada por las dependencias y entidades, y documentos de los préstamos Banco Mundial: 1990 ((Loan No 3272-ME),1995 (Report No 13878-HE) y 2001 (Report No 22186-ME); y datos de los préstamos Banco Inter-Americano de Desarrollo: Progresá ((ME-0255), Oportunidades (1388/OC-ME)

Cuadro VII. Deuda Externa y Préstamos* (Miles de Dólares)

Año	Deuda Externa	Préstamo Salud	Préstamo Sociales	Salud %	Préstamo Sociales %	% Del préstamo con relación a la deuda
1994	370403 300,00	630 000		0,17	0,00027	0,17
1996	6 734 637 000		8 504,00		0,00013	0,00013
1997	625348300,00	2 496 000		0,40	0,00058	0,40
1998	796980500,00		2 117,00		0,19	0,00027
1999	774989300,00		4 498,90		0,46	0,00058
2002	708731 700,00	3 640 000	1340 384,00	0,51	0,36	0,70
2003	780363 400,00		3614 370,00		0,20	0,46
2004	793557 500,00		2847 340,00		0,00027	0,36
2005	697451 200,00	3 745 000	1385 874,00	0,54	0,00058	0,74

Fuente: Elaboración propia con datos de la Cámara de Diputados, México, DF, 2006

Cuadro VIII. Monto de los Préstamos y Fuentes de Financiamiento*

Año	Programa	Monto del Programa Total	Fuente Interna	Monto F I	Fuente Externa	Porcentaje FE	FI
Salud							
0-1994	PASSPA	250	GF	70	BM/B IRF	180	72 28
7-2002	PAC	443.4	GF	133.4	BM/B IRF	310	69.9 30.1
3-2009	PROCEDES	581.2	GF	231.2	BM/B IRF	350	60.1 39.9
Programas Sociales							
0-1994	SOLIDARIDAD		Incluido PASSPA				
5-1996	PROSSE	2000	GF	1000	BID/B M	1000	50 50
5-2000	PROGRESA	1000	GF	300	BID	700	70 30
1-2008	OPORTUNIDADES ES	2850	GF	1650	BID	1200	42 58

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de los documentos de los préstamos Banco Mundial: 1990 ((Loan No 3272-ME), 1995 (Report No 13878-HE) y 2001 (Report No 22186-ME); y datos de los préstamos Banco Inter-Americano de Desarrollo: ProgresA ((ME-0255), Oportunidades (1388/OC-ME)

*Millones de dólares

Cuadro IX. Gasto per Cápita por Programa*

Año	Programa	Población	Total Préstamo Millones de Dólares	Gasto per Cápita Dólares
Salud				
1990-1994	PASSPA	1 836 500	180	98
1997-2002	PAC	3 800 000	310	81,57
2003-2008	PROCEDES	13 300 000	350	26,32
Programas Sociales				
1995-1996	PROSSE	33 000 000	1000	30
1997-2005	PROGRESA	20 400 000	700	34,31
2005-2008	OPORTUNIDADES	30 000 000	1200	40

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de los documentos de los préstamos Banco Mundial: 1990 ((Loan No 3272-ME), 1995 (Report No 13878-HE) y 2001 (Report No 22186-ME); y datos de los préstamos Banco Inter-Americano de Desarrollo: ProgresA ((ME-0255), Oportunidades (1388/OC-ME). Sólo incluyen el préstamo del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento y el del Banco Interamericano de Desarrollo. Millones de dólares.

La conversión a moneda nacional se realizó al cambio de cierre del contrato con datos del Banco de México

Cuadro X. Mortalidad Materna, Mortalidad Infantil y Esperanza de Vida al Nacer, por Entidad Federativa

Entidad Federativa	Año	Mortalidad Materna	Mortalidad Infantil	Esperanza de Vida al Nacer
Chiapas	1990	123.6	49.8	67.9
	1995	112.3	37.6	70.4
	2000	72.5	25.5	72.4
	2005	84.4	23.2	73.1
Guerrero	1990	100.7	48.1	68.4
	1995	96.6	39.1	70.4
	2000	104.2	26.2	72.4
	2005	110.6	24.7	73.0
Hidalgo	1990	112.6	43.1	69.3
	1995	103.8	31.4	71.5
	2000	51.7	20.4	73.5
	2005	79.7	17.5	74.3
Oaxaca	1990	190.3	49.2	67.6
	1995	146.0	36.0	70.3
	2000	101.9	22.9	72.7
	2005	98.7	21.2	73.7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sexto Informe de Gobierno de Vicente Fox Quesada Razón de mortalidad Materna por cada 100,000 nacidos vivos estimados por CONAPO (cifras preliminares 2004)
Tasa de mortalidad infantil= por cada 1000 nacimientos estimados por CONAPO

Referencias

- Banco de México (1994-1999) Informes anuales, México, Banco de México.
- Basave Kunhardt, Jorge (1997) Los grupos de capital financiero en México, 1974-1995, UNAM, Ed. El Caballito.
- Banco Mundial (1984-1997): Informe sobre el desarrollo mundial, Banco Mundial, Washington
- BID/CEPAL/CELADE Banco Interamericano de Desarrollo/ Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano de Demografía) (1996), "Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina; contribución al diseño de políticas y programas", serie E, N° 45 (LC/DEM/G.161), Santiago de Chile.
- CEPAL (1990): Transformación productiva con equidad. La tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa, Naciones Unidad CEPAL, Santiago de Chile.
- CEPAL (1991): El desarrollo sustentable: transformación productiva, equidad y medio ambiente, Naciones Unidas - CEPAL, Santiago de Chile.
- CEPAL (1992-a): Ecuación y conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad, Naciones Unidas - CEPAL, Santiago de Chile.
- CEPAL (1992-b): Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado, Naciones Unidad – CEPAL, Santiago de Chile.
- CEPAL (1993): Población, equidad y transformación productiva, Naciones Unidad CEPAL, Santiago de Chile.
- CEPAL (1994): El regionalismo abierto en América Latina y el Caribe. La integración económica al servicio de la transformación productiva con equidad, Naciones Unidad – CEPAL, Santiago de Chile.
- CEPAL (1996-a): América Latina y el Caribe quince años después. De la década perdida a la transformación económica, Fondo de Cultura Económica, Santiago de Chile.
- CEPAL (1996-b): Desarrollo con equidad. Hacia una nueva articulación de políticas económicas y sociales en América Latina y el Caribe, Nueva Sociedad, Caracas.
- CEPAL (2001) La Sostenibilidad del Desarrollo en América latina y el Caribe: Desafíos Y Oportunidades. Conferencia Regional de América Latina y el Caribe preparatoria de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, Sudáfrica, (2002) Río de Janeiro, Brasil, 23 y 24. LC/G.2145(CONF.90/3) 5 de octubre de 2001 ORIGINAL: ESPAÑOL
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2001a), *Una década de luces y sombras. América Latina y el Caribe en los años noventa*, Bogotá, D.C., Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- (CEPAL)/Alfaomega. (2001b), *Crecer con estabilidad: el financiamiento del desarrollo en el nuevo contexto internacional*, Bogotá, D.C., Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- (CEPAL)/Alfaomega. (2001c), *Panorama social de América Latina, 2000-2001* (LC/G.2128-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.141.150 (2001d), *El espacio regional: hacia la consolidación de los asentamientos humanos en América Latina y el Caribe*, serie Libros de la CEPAL, N° 60 (LC/G.2116/Rev.1-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.68.
- (2000-b) CEPAL "Crecer con estabilidad: el financiamiento del desarrollo en el nuevo contexto internacional" (LC/G.2117(CONF.89/3)), Santiago de Chile.
- CEPAL *Estudio económico de América Latina y el Caribe 1999-2000* (LC/G.2102-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.2.

- CEPAL (2000) "Informe de la Reunión preparatoria del Cono Sur para la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible" (LC/L.1600), Santiago de Chile, 14 y 15 de junio.
- CEPAL *Consensos urbanos: aportes del Plan de Acción Regional de América Latina y el Caribe sobre Asentamientos Humanos, serie Medio ambiente y desarrollo*, N° 21 (LC/L.1330-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.38.
- CEPAL/PNUMA (1997) (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, "Instrumentos económicos para la gestión ambiental en América Latina y el Caribe", México, D.F., inédito.
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (1957) El desequilibrio externo en el desarrollo económico latinoamericano: el caso de México, Nueva York y Santiago de Chile.
- Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia et al, (1993) Deuda externa y alternativas: escenario internacional de la deuda externa e interna en México, México, RMALC.
- Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño SSA.(2002). Sistema nacional de Cuentas Nacionales en Salud. México,
- Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED).(2002) Secretaría de Salud (SSA), Mortalidad 2000. México,
- International Monetary Fund, (1994, 1995, 1996) International Capital Markets: Developments, Prospects and Policy Issues, Washington D.C.
- "The Vicious Cycles of Mexican Debt" (1997), NACLA Report for the Americas (New York), vol. 31, no. 3, pp. 25-31.
- (1989) Historia de la deuda externa de América Latina, Madrid, Alianza Editorial.
- OPS-OMS (Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud) (2000), *Evaluación, 2000*, Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México (2002). Capítulo México de "Salud en Las Américas 2002" (Versión preliminar).
- OPS/OMS – ASDI (2003) "Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe", Serie "Extensión de la protección social en salud" #1, Washington DC. "Regional Maternal Mortality Reduction Initiative" Final Report. PAHOUSAID- Quality Assurance Project. Octubre, 2004. Caribbean Program Coordination, PAHO 2001.http://www.pahocpc.org/whatsnew/press_releases/nurses/migrate_nurse.htm.
- OPS-OMS/ASDI Estudios de caracterización de la exclusión en salud, (2001-2004) en <http://www.lachsr.org/extension/esp/index.html>
- Organización de Naciones Unidas. (2001) Informe de la coyuntura económica. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. México D.F.
- PNUD (1990-a): Desarrollo humano. Informe 1990, Tercer Mundo Bogotá.
- PNUD (1990-b): "Desarrollo humano. Resumen del informe de 1990", en Desarrollo, No. 17, pp. 3-7.
- PNUD (1990-c): "Definición y medición del desarrollo humano", en Desarrollo, No. 17, pp. 8-12.
- PNUD (1990-d): "Balance del desarrollo humano", en Desarrollo, No. 17, pp. 13-15.
- PNUD (1990-e): "Estrategias de desarrollo humano para la década del 90", en Desarrollo, No. 17, pp. 22-33.
- PNUD (1991): Desarrollo humano. Informe 1991, Tercer Mundo, Bogotá.
- PNUD (1992): Desarrollo humano. Informe 1992, Movimiento Cultural Cristiano, Madrid.
- PNUD (1993): Desarrollo humano. Informe 1993, CIDEAL, Madrid.

- PNUD (1994): Desarrollo humano. Informe 1994, Fondo de Cultura Económica, México, Madrid.
- PNUD (1995): Desarrollo humano. Informe 1995, Harla, México.
- PNUD (1996): Desarrollo humano. Informe 1996, Mundi Prensa, Madrid.
- PNUD (1997): Desarrollo humano. Informe 1997, Mundi Prensa, Madrid.

Referencias en línea

- <http://www.worldbank.org/>.Document of The World Bank Report No. 13878-HE STAFF APPRAISAL REPORT MEXICO SECOND BASIC HEALTH CARE PROJECT AUGUST 30, 1995
- http://www.4edu.info/Antiglobalisation/CSN_13.1_BM-FMI.htm:
- <http://www.redalys.com>. Robles. R Josefina, Salinas C Edgar: Balance de la economía Mexicana (994-2003). El Cotidiano Vol, 19 N° 19 Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapozalco DF Mèxico 2004 pp78-86
- <http://www.aportes.buap.mx/18ap2.pdf> Ceceña Ana Esther Deuda externa y construcción del neoliberalismo dependiente en México. APORTES: REVISTA DE LA FACULTAD DE ECONOMÍA-BUAP. AÑO VI NÚM. 18 pp1-16
- <http://www.banxico.org.mx/elInfoFinancieraDoctosBM/%7BC6E9431B-02EA-427F-955A-B837E88E653B%7D.pdf> Banco de México. Informe Anual 1989 pp 1-5
- <http://www.iza.org/en/webcontent/personnel/vitae/gradin>. Carlos Gradín y Coral del Río “LA MEDICIÓN DE LA DESIGUALDAD” Universidad de Vigo 2001; notas están basadas en los Capítulos 1 y 3 del libro “Desigualdad, Polarización y Pobreza en la Distribución de la renta en Galicia”, Instituto de Estudios Económicos de Galicia - Fundación P. Barrié de la Maza, nº
- <http://www.fao.org/regional/lamerica/larc04>. II. MARCO MACROECONÓMICO. A. EVOLUCIÓN DEL PIB ... CEPAL, Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe, 2003
- <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-1aca.pdf>. 2005 Exclusión, protección social y el derecho a la salud. Dra. María Cecilia Acuña. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Desarrollo Estratégico
- http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/24079/lcg2294e_ CAPÍTULO I. EL DESARROLLO CENTRADO EN DERECHOS Y EL PACTO PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL. 25. Otros análisis de la CEPAL
- <http://www.sedesol2006.sedesol.gob.mx/publicaciones/CuadernosyDoctos/PDFs%20SEDESOL/PDFs%20Cuadernos/07%20Cuad.pdf> Desarrollo social. en México. Gonzalo Hernández Licona. Gustavo Merino Juárez. Ericka Rascón Ramírez.
- <http://www.iadb.org/intal/>. Dussel P E, Galindo P Luis M y Loria D E Condiciones y efectos de la inversión Extranjera Directa y del proceso de integración regional en México durante los años noventas : Una perspectiva microeconómica UNAM
- http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_7/evaluacion_del_desempe%F1o.pdf Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006
- <http://www.evaluacion.salud.gob.mx/>.Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Estrategia de Evaluación. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006.
- <http://www.-personal.umich.edu/~mmarteen/svs/jornadas/Gutiérrez> Thais Maingon Gutiérrez Briceño. La Construcción de Representaciones Sociales en Torno a la Política Social en el Marco de los Procesos de Globalización Actuales1. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela

- http://revistas.colmex.mx/revistas/8/art_8_723_4394.pdf Michelle Dion. La economía política del gasto social: el Programa de Solidaridad de México, 1988-1994*.
- http://www.nuso.org/upload/articulos/2728_1.pdf. Cristóbal Kay. Estructuralismo y teoría de la dependencia en el periodo neoliberal *Una perspectiva latinoamericana*
- <http://www.eumed.net/libros/2007a/252/32.htm> Miguel Lacabana, Thais Maingon La focalización: políticas sociales «estructuralmente ajustadas»
- http://www.nodo50.org/cubasigloXXI/congreso/hernandez_15abr03. *Inversión extranjera, deuda externa y dolarización en America Latina*. VERENA HERNÁNDEZ PEREZ
- <http://www.invenia.es/oai:dialnet.unirioja.es:ART0000120996> -**El caso del** Programa Nacional de Solidaridad en México: estudio comparado de terminación de políticas. Autores: **Peter** DeLeon, José Mario Hernández Quezada
- <http://www.oecd.org/dataoecd/11/14/35261007>. *RE-259 Evaluación del Programa de País (CPE): México, 1990 – 2000 BID*
- <http://www.clacso.org.ar/biblioteca> - biblioteca@clacso.edu.ar Girón González, Alicia; Levy Orlik, Noemi. México: ¡Los bancos que perdimos! De la desregulación a la extranjerización del sistema financiero. IIEC, Instituto de Investigaciones Económicas. Facultad de Economía, UNAM, Universidad Nacional Autónoma de México, México. 2005. ISBN 970-32-2755-4
- <http://redalyc.uaemex.mx/> Parra Ramírez E El Estado en Acción: La aplicación de un modelo de análisis de políticas Públicas. Rev Reflexión Política 2003 No 9 Universidad Autónoma de Bucaramanga Colombia pp103-112
- <http://www.cervantesvirtual.com/FichaObra.html?Ref=4029&ext=pdf&portal=157> : Pardo López, María del Carmen La administración de la política social: cuatro estudios. El diseño administrativo de programas de emergencia; Capítulo VI. La política social como dádiva del Presidente.
- <http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/esprial/esprialpdf/Espiral%2022/91-130.pdf> Lautier Bruno. Las políticas Sociales en Américalatina: propuesta metodológicas para analizar el cambio que se esta produciendo pp.1-40 2001
- <http://www.lachealthsys.org/documents/396lineabasalparaelmonitoreoylaevaluaciondelasreformassectorialesenamericalatinayel-ES.pdf>. Línea Basal para el Seguimiento y la Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe pp101-112
- http://Www.Saprin.Org/Mexico/Research/Mex_Resumen.Pdf. Ajuste Y Empobrecimiento: Veinte Años De Crisis En México.- Resumen Ejecutivo – Documento Elaborado Por El Comité Coordinados De Casa México,, Integrante De la Red SAPRIIN..Cuidad De México, Marzo 2001
- http://www.fuhem.es/portal/areas/paz/descargas/articulos_analiss/globalizacion/Ajuste_pobreza_y_desigualdad.pdf. Sanahuja José Antonio. Ajuste, Pobreza y Desigualdad en la Era de la Globalización.
- <http://www.undp.org/cu/documentos/idh/idh99/Indice.pdf>. "Investigación sobre el desarrollo humano y equidad en Cuba 1999" CIEM. La Habana, Caguayo S. A.. XVI + 216p. Desarrollo humano y equidad en el plano internacional Política económico-social
- <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/iidh/cont/40/pr/pr15.pdf> Lucía Montiel derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria
- "http://LIXcmpublish.itesm.mx/.../wps/wcm/connect/EGAP/Gobierno/Investigaciones+y+publicaciones/Publicaciones-Transparencia+integral+para+el+reposicionamiento+de+la+deuda+pública" (2004) Autor: Bernardo González-Aréchiga. Editado por la Cámara de Diputados