

T
629

 XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

97136

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



Casa abierta al tiempo

**Efectos de las Transformaciones del Sistema Público de Salud sobre la
Equidad en México, 1995-2002.**

TESIS

Que para obtener el grado de
Doctor en Ciencias en Salud Colectiva

PRESENTA

Dr. Nivaldo Linares Pérez

Comité de Tesis:

Directora

Dra. Oliva López-Arellano

Asesoras

Dra. Carolina Tetelboin Henrion

Dra. Nadine Gasman Zylberman

México D.F. , Diciembre, 2006.

DEDICATORIA

*A mis seres queridos por la fortuna de permitirme recorrer este camino aún sabiendo
de ausencias, aciertos y desvelos.*

*A mis amigos y colegas por haber creído que podía, y a los otros, que quizás sin
saberlo, alimentaron este sueño hoy convertido en realidad.*

AGRADECIMIENTOS

Hace poco menos de 15 años, Sayli Álvarez, mi esposa y compañera de vida, sentenció: "quizás lo tuyo sea la salud pública". Sin embargo, no había dicho falsedad más grande, pues para 1992, en el corazón de las montañas de Guantánamo, Cuba, lo distante del asunto, era suficiente como para no tomarla en serio. Ha pasado el tiempo y con el, también mi incursión por el apasionante mundo de la salud. Durante todo ese tiempo, he aprendido un poco de algo sobre la vida, he crecido con un poco de mi y mucho de otros y me siento satisfecho, pero sin dudas, aún inconforme.

En ese devenir, he intentado avanzar en una formación comprometida como profesional de la salud, particularmente en el campo de la epidemiología, la salud pública y ahora de la Salud Colectiva. No estoy seguro de haberlo logrado todavía, pero lo sigo intentando. Por ello, llegar hasta este punto, no es más que dar otro paso en este esfuerzo, el cual a su vez constituye la antesala de otros que aún faltan. Hoy no terminan un empeño, sino comienza un compromiso, ahora, como profesional de un movimiento fecundo, muy de nuestra América Latina: ¡la Salud Colectiva.

A pesar de que en un principio el término Salud Colectiva me resultó confuso, por no decir incomprendible, pude después de repasar sus conceptos, perspectivas teóricas, métodos, propuestas aplicativas y críticas, estar un poco más claro, aunque todavía resulta insuficiente. Ese seguirá siendo un reto, como lo ha sido asumir el papel de lo histórico, lo social, lo político, lo ideológico, lo contextual y lo humano a la hora de mirar y explicar los hechos relacionados con la salud, la enfermedad y la atención, sin que ello desde luego menosprecie, pero tampoco subordine, lo teórico, lo conceptual o lo metodológico que tiene que ver con dichos hechos. Las lecciones aprendidas son solo el inicio de esta larga pero valiosa carrera en busca de que la Salud Colectiva persista como ese pensamiento abarcador que da cabida a un horizonte inagotable de argumentos y acciones en pro de la vida.

Desde este entendimiento, vaya mi agradecimiento más sincero a todas las personas de las cuales me he podido nutrir todos estos años. Agradezco una vez más al Dr.

Abelardo Ramírez Márquez, hoy fallecido, por la oportunidad que me brindó y el sostenido apoyo que siempre me ofreció por los años cuando comenzaba a dar mis primeros pasos en este campo. También quiero agradecer a varios colegas y amigos de Cuba y México, que por los tiempos del Ministerio de Salud, la Dirección General de Epidemiología y un poco después, la UNAM, me enseñaron lo factible y beneficioso que resulta combinar los conceptos y métodos de una “epidemiología basada en números” con los abordajes interpretativos que permiten ver el contenido, la forma y el peso de los determinantes, los contextos, los actores y la propia historia que define la realidad en salud. A ellos, y algunos otros que no menciono por problemas de espacio, les debo estas lecciones que sin dudas fueron las que me inclinaron a adentrarme en el campo de una práctica epidemiología distinta y al entendimiento de los sistemas de salud, dando forma a este binomio inseparable del campo de la salud pública.

No puedo dejar de mencionar, por su significado y por sus enseñanzas, a otra persona a quien le estoy profundamente agradecido. Con el apoyo del Dr. Joaquín Molina Leza, entonces Consultor y luego Representante de la OPS en México, pude profundizar en el estudio de los sistemas y servicios de salud y de cierta forma, incursionar en una propuesta que tomo forma de proyecto años después y se convirtió en este trabajo que hoy presento, formalizando así, mi entrada definitiva a la primera generación del Programa de Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM-Xochimilco.

Las lecturas, así como las buenas discusiones con los amigos y colegas de la OPS durante mi estancia de corto plazo en esa organización y con algunos otros profesionales pertenecientes a los círculos ligados a la epidemiología y a la salud pública principalmente en México, fueron las mejores catalizadores de mi interés por el campo de las prácticas en salud siempre defendidas desde la perspectiva epidemiológica. Sin embargo, como en toda buena apuesta, ha habido cómplices a quienes culpo por imprimirle más pasión aún a mi modesto esfuerzo, me refiero a mis compañeros del grupo del doctorado y especialmente al buen amigo Pepe Moya, a mis queridas y entrañables amigas Sara Fernández y Esperanza Echeverry, y desde luego, a mis profesores de la UAM, pero muy particularmente a mi tutora y

amiga la Dra. Oliva López-Arellano. A todos ellos, quiero agradecerles por su amistad, por su incondicional apoyo, por su paciencia para conmigo, pero más que todo, por la oportunidad de dejarme crecer junto a ellos.

Finalmente, deseo extender mi reconocimiento a todas aquellas personas, colegas y amigos que con sus apreciaciones y comentarios contribuyeron con el desarrollo de la investigación y la mejora del documento final de tesis. Mi agradecimiento muy especial a mis amigos del MERTU-Guatemala que tuvieron la paciencia de escucharme una que otra vez al repasar mis notas de trabajo y mis diálogos sobre el tema de tesis a pesar de tener poco que ver con el trabajo diario. A mi amigo Miguel Aragón, por la gentileza de leerme bajo la presión de los días cortos; a Norma Padilla y a Jorge Jara por su generosidad, apoyo y por alentarme a terminar esta apuesta en medio de miles de cosas pendientes en los días largos de trabajo. Para terminar, de forma muy especial, quiero agradecer al Dr. Robert Klien, Director de la oficina donde laboro actualmente, la gentileza de haberme apoyado en la terminación de este trabajo y por supuesto la confianza que me transmitió en todo momento.

NLP,
Guatemala, diciembre, 2006

RESUMEN

Objetivo. Caracterizar las desigualdades en las condiciones de vida y de salud que constituyen inequidades entre las Entidades Federativas de México e identificar los posibles efectos que sobre la equidad en salud pueden ser vinculados con las “intervenciones de reforma” desarrolladas en el país entre 1995 y 2002.

Métodos. Partiendo de una aproximación socio-epidemiológica desde la perspectiva de la Salud Colectiva, entre 2003 y 2006, se estudiaron las desigualdades-inequidades de salud y sus posibles relaciones con la reforma sanitaria mexicana de 1995-2002. A través de un diseño ecológico de tipo comparación de grupos y un modelo de evaluación no experimental de tipo “antes – después” se identificaron las diferencias en cuanto a las condiciones de vida, resultados de salud y acceso a servicios de salud entre los 32 Entidades Federativas del país; mientras que desde la perspectiva interpretativa se realizó un análisis valorativo de aquellas desigualdades de salud que constituyen inequidades. Los datos provinieron de diferentes fuentes de información secundarias, los cuales fueron integrados en bases de datos para los períodos de 1995(t_0) y 2002(t_1) y cuyos indicadores representaron las dimensiones de la equidad en salud estudiadas y a las “intervenciones de reformas” desarrolladas entre esos años. La medición de las desigualdades de salud se hizo a través del Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS), el cual integró un conjunto de indicadores seleccionados para cada una de las dimensiones. La inequidad relativa global y por dimensiones calculada con el INIQUIS con ayuda del paquete EPIDAT 3.1, se realizó por separado para cada año de estudio (INIQUIS-1995 y INIQUIS-2002), y posteriormente para el caso año 2002 el cálculo incorporando los indicadores relacionados con las “intervención de reforma” (INIQUIS 2002-Reforma). El análisis de las desigualdades que constituyeron inequidades partió de la comparación teórica de los indicadores seleccionados entre los grupos de estudio y el referente internacional de la OPS (2002) para América Latina. En un segundo etapa, se realizó la valoración de las desigualdades que aludían a evitabilidad, injusticia e inaceptabilidad según los criterios de la definición de inequidad de Whitehead (1991).

Resultados. El análisis de las desigualdades relativas por INIQUIS mostró que en 1995 el 47% de los Estados tenían desigualdad relativa en las condiciones de vida, cifra que disminuyó a 35.0% para 2002 y se elevó a 71.8% al incluir los indicadores de las “intervenciones de reforma” en el modelo INIQUIS. Para 1995 el 18.7% de los Estados presentaron desigualdad relativa en los resultados de salud, mientras este valor fue de

56.2% y de 68.7% para 2002 cuando se consideraron dichas intervenciones. Respecto al acceso a servicios de salud, en 1995, el 65.6% de los Estados presentaron desigualdad relativa, valor que se incrementó a 75.0% para 2002 en los dos modelos del INIQUIS obtenidos para ese año. La desigualdad relativa global mostró que en 1995 el 43.7% de los Estados presentaron valores del INIQUIS por encima de 0.50, en 2002 esta proporción se incremento a 75.0%. El 15.6% Estados (Distrito Federal, Sonora, Tamaulipas, Aguascalientes y Tabasco) mantuvieron una menor desigualdad relativa global esos años; mientras que el 9.3% (Veracruz, Jalisco y Estado de México) pasaron de franca desigualdad en 1995 a una menor desigualdad relativa global en 2002. El resto de los 24 (75.0%) Estados mantuvieron o profundizaron (Oaxaca, Puebla y Chiapas) el nivel de desigualdad relativa global que presentaron en 1995. Las diferencias encontradas no parecen estar ligadas a aspectos biológicos y a estilos de vida individuales o a comportamientos transitorios. Se denota exposición diferencial a las condiciones de vida y de salud entre los Estados del país, como lo expresa el índice de marginación social, el ingreso anual *per cápita* y el gasto público en salud. Hay una limitación en el acceso, uso y recursos del sistema de servicios de salud y es diferencial entre los Estados del mismo país como se observa en las coberturas de salud, atención prenatal y recursos del sistema entre 1995 y 2002. Los efectos de la reformas sobre la equidad en salud se infieren al observar que las transformaciones en México apuntan a un contexto social, económico y político impacta sobre las condiciones de vida, el estado de salud y el sistema de servicios de salud. La reforma de Estado de 1995-2002 fue continuidad de la reforma neoliberal iniciada en los 80's. La reforma sanitaria sistema público de salud y la seguridad social de esos años estuvo dominada por los cánones de la reforma estatal dejando un nuevo modelo que no mejoró la equidad en salud, si tenemos en cuenta que entre 1995 y 2002, el 53.3% de los Estados mantuvieron los niveles de marginalidad presentes en 1995, así como aproximadamente el 10% de la población continuó siendo analfabeta. A pesar de haberse incrementado el ingreso anual *per cápita*, más del 50% de los Estados del país mantuvieron niveles de ingreso por debajo de nivel nacional. La tasa de mortalidad general se mantuvo prácticamente igual y poco menos del 50% de los Estados del país mantuvo tasas elevadas, concentrándose en escasos Estados los pocos decrementos en 2002 respecto a 1995. La tasa de mortalidad infantil tampoco evidenció grandes cambios, por el contrario, el número de Estados con tasas por encima de la media nacional se incrementó a 11 en el 2002, y los Estados con altas tasas para 1995 mantuvieron o incluso aumentaron ligeramente su valor. No obstante a que la mortalidad en el menor de 5 años disminuyó, el número de Estados con

tasas por encima de la media aumento a 15 en 2002, a expensas de los mismos Estados que en 1995 presentaban ya tasas muy superiores. Tras la puesta en marcha de las “intervenciones de reforma” no parece que éstas hayan resuelto los problemas de la eficiencia de los servicios de salud. La reforma redujo la cobertura de la seguridad social en casi 10%, a expensa de los Estados que de por sí tenían ya bajas sus coberturas para 1995, que también eran los que presentaban los menores niveles de esperanza de vida, elevadas tasas de mortalidad infantil y materna y alta incidencia de tuberculosis pulmonar. La ampliación de cobertura no evidenció incrementos sustantivos en la atención prenatal, la atención al parto y la planificación familiar ya que entre 50% y 70% de los Estados no alcanzó la media nacional.

Conclusiones. Los hallazgos del presente estudio no confirman el ansiado logro de la equidad en salud en México, por el contrario apuntan a que los niveles de desigualdad-inequidad no han mejorado significativamente, ni al parecer, el impacto de la reforma sobre la reducción de las desigualdades en salud y sobre el logro de la equidad en salud ha tenido el éxito esperado. La situación económica y social del país tuvo un impacto negativo en el mejoramiento de la desigualdad social que es la base de las desigualdades-inequidades de salud. El esperado mejoramiento de las condiciones de vida no parecen haberse alcanzado tras la reforma del Estado y en particular por las reformas sociales, al menos no para la inmensa mayoría de la población de las Entidades Federativas, mientras que en algunos escasos Estados dichos efectos fueron ligeramente positivos. Se confirma la existencia y perpetuación de grandes diferencias en los niveles de desigualdad relativa de salud entre los Estados del sur y centro del país en comparación con los Estados de norte de México. Han sido pocos, diferenciados y contrarios en algunos casos, los efectos positivos que sobre el mejoramiento de la situación de desigualdad-inequidad en salud han tenido las intervenciones de reforma sanitaria de 1995-2002. Los resultados encontrados también evidencian que las condiciones de vida de la población de México esos años se mantuvieron para la mayoría de los Estados, con escasos cambios en algunos indicadores. La desigualdad relativa de salud entre las Entidades Federativas se incrementó entre 1995 a 2002 en un importante grupo de ellas, mientras que no hubo cambio alguno en respecto a la desigualdad relativa de los servicios de salud, más bien, parece haber existido un moderado “estancamiento” en el estado de desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud entre 1995-2002 para la inmensa mayoría de las Entidades Federativas.

Palabras clave: reforma sanitaria, desigualdades de salud, equidad en salud, México.

ABSTRACT

Objective. To characterize inequality in the life and health conditions which constitutes inequities among the Mexican Federal Entities and to identify the possible effects that may be linked to the “reform interventions” developed in the country between 1995 and 2002.

Methods. Parting from a socio-epidemiological approximation from a perspective of the Collective Health, between 2003 and 2006, the inequalities-inequities of health were studied as well as their possible relationships with the Mexican sanity reform of 1995-2002. Through an ecological group-comparison-type design and a non experimental evaluation “before and after”-type model the differences in life conditions, health results, and access to health services in 32 Federal Entities of the country were identified; while from the interpretative perspective, a value analysis was made of all those health inequalities which constitute inequities. The data comes from different secondary sources, which were integrated to data basis for the time periods of 1995(t_0) and 2002(t_1) and their indicators represented the studied health inequities and the “reform interventions” developed in between those years. The measuring of the health inequalities was made through the Health Inequities Index (INIQUIS), which integrated a group of indicators selected for each one of the dimensions. The global relative inequity and because of the dimensions calculated by the INIQUIS with help from the EPIDAT 3.1 package, was carried out separately for each year of the study (INIQUIS-1995 and INIQUIS-2002), and subsequently for the case year 2002 the incorporated calculation the related indicators with the “reform intervention” (INIQUIS 2002-Reform). The inequalities analysis which constituted the inequities set off from the theoretical comparison of the selected indicators among the study groups and the PAHO international referent (2002) for Latin America. In the second stage, a valuation was carried out of the inequalities which alluded avoidability, injustice, and unacceptability according to the inequity definition of Whitehead (1991) criteria.

Results. The analysis of the relative inequalities by INIQUIS showed that in 1995, 47% of the States had relative inequality in life conditions, number which reduced to 35% by 2002 and rose to a 71.8% when all the indicators of “reform interventions” were included in the INIQUIS model. By 1995 the 18.7% of the States presented relative inequality in the health results, while this value was of 56.2% and of 68.7% by 2002 when these interventions were considered. Concerning the access to health services, in 1995, 65.6% of the States presented relative inequality, value which rose to 75.0% by 2002 in the INIQUIS models obtained for that year. The global relative inequality showed that in 1995, 43.7% of the States

presented INIQUIS values for over 0.50, in 2002 this proportion increased to 75.0%. Fifteen point six percent of the States (Federal District, Sonora, Tamaulipas, Aguascalientes y Tabasco) maintained a smaller global relative inequality those years; while 9.3% (Veracruz, Jalisco y Mexico State) went from big inequality in 1995 to a smaller global relative inequality in 2002. The rest of the 24 (75.0%) States maintained or deepened (Oaxaca, Puebla y Chiapas) the global relative inequality level they presented in 1995. The differences found appear not to be linked to biological aspects and individual life styles or to transitory behaviors. It indicates differential exposition to life and health conditions among the States of the country, such as the social marginalization index shows, the annual *per capita* income and the public expenditure in health. There is a limitation in the access, use, and resources of the health services system and it is differential among the States of the same country as it shows in the health coverage, prenatal attention, and system resources between 1995 and 2002. The reform effects on health inequity infer when observing that the transformations in Mexico point towards a social, economical, and political context making impact on life conditions, the health of the state, and the health service system. The State reform of 1995-2002 was a continuing of the neoliberal reform initiated in the 80's. The sanity reform of the public health system and the social security of those years was denominated by the norms of the state reform leaving a new model which did not improve the health inequity, if we have in mind that between 1995 and 2002, 53.3% of the States maintained the present marginal levels in 1995, such as an approximate 10% of the population continued being illiterate. Even though the annual *per capita* income increased, more than 50% of the States of the country maintained the income levels below the national level. The general mortality rate was maintained almost the same and some less than 50% of the States of the country maintained high rates, concentrating in scarce States the little decreasing in 2002 concerning 1995. The infant mortality rate did not give any evidence either on big changes, on the other hand, the number of States with rates over the national average increased to 11 in 2002, and the States with high rates for 1995 maintained or even slightly increased their value. Even though the mortality in the minors of 5 years decreased, the number of States with rates over the average increased to 15 in 2002, to expense of the States which in 1994 already presented superior rates. After setting in motion the "intervention reform" it appears that these didn't resolve any problems in the efficiency of health services. The reform reduced the social security coverage in almost 10%, to the expense of the States which had already low coverage by 1995, which were also the ones that represented the lowest levels of life expectancy, high maternal and infant mortality rates, and high incidence of lung tuberculosis.

The coverage expansion did not show evidence of fundamental increase in prenatal care, labor care, and family planning given that between 50 and 70% of the States did not reach national average.

Conclusions. The findings of this study do not confirm the desired achievement of health equity in Mexico, on the contrary it shows that the levels of inequality-inequity have not improved significantly, and neither did the impact of the reform on the reduction of health inequalities and on the accomplishment of health inequity it has had the desired success. The social and economic situation of the country had a negative impact on the improvement of social inequality which is the basis of health inequalities-inequities. The desired improvement of the life conditions does not appear to have been reached after the State reform and in particular because of the social reforms, at least not in the majority of the population of the Federative Entities, while in some scarce States such effects were slightly positive. It is confirmed the existence and perpetuation of big differences in relative inequality health levels among the south States and in the middle of the country in comparison to the north Mexican States. There have been few, differentiated and contrary in some cases, the positive effects that on the improvement of the situation of health inequality-inequity have had the interventions of the sanitary reform of 1995-2002. The results also give evidence that life conditions of the population in Mexico those years was maintained for the majority of the States, with scarce changes in some of the indicators. The health relative inequality among the Federative Entities increased between 1995 and 2002 in a very important group of theirs, while there was no change in the relative inequality of the health services, rather it seems there was a held back in the state of relative inequality in the health services access between 1995-2002 in most of the Federative Entities.

Key words: sanitary reform, health inequalities, health equity, Mexico.

Índice general

Introducción.....	1
Capítulo 1.	
Efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002:	
Planteamiento del problema.....	3
1.2 La Salud Colectiva ante las reformas sanitarias y el desafío del logro de la equidad en salud: Justificación de la investigación.....	7
1.3 Objetivos e hipótesis de la investigación.....	11
Capítulo 2.	
La equidad en salud y las reformas sanitarias: un análisis desde la perspectiva de la Salud Colectiva: Marco teórico-conceptual.....	13
2.1 El marco analítico de la equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y sitio en el campo de la Salud Colectiva.....	13
La noción de justicia sanitaria y la equidad en salud.....	13
Enfoques contemporáneos relacionados con la justicia y la equidad en salud.....	15
Conceptos y marcos explicativos sobre la equidad en salud.....	19
Una segunda aproximación: la equidad desde la Salud Colectiva.....	30
El proceso de medición de las desigualdades-inequidades en salud.....	37
Críticas a los procesos de medición de las desigualdades-inequidades en salud.....	42
2.2 La reforma sanitaria y el desafío del logro de la equidad: ¿objetivo o pretexto?. Un análisis crítico más allá de los discursos.....	47
El contexto: la reformas del Estado como modelo para la reforma sanitaria.....	47
Los sistemas de salud en el terreno de la reforma sanitaria.....	49

Principios y ejes de la reforma sanitaria: orígenes y desarrollo.....	53
Tendencias de la reforma sanitaria al cierre de los años noventa.....	60
La reforma sanitaria desde la postura de los que “creen en la reforma”	64
La otra cara: la postura crítica frente a lo hecho y olvidado por la reforma sanitaria.....	67
A manera de resumen: la reforma inconclusa	74
2.3 Marcos para vincular las reformas sanitarias y la equidad en salud: apuntes sobre modelos seleccionados	77
Modelo 1: Laurell, 1997	80
Modelo 2: Daniels, 1996	84
Modelo 3: Leighton, 1999	87
Modelo 4: OPS, 1998 y 2000.....	90
2.4 Resumen del marco teórico-conceptual y propuesta de un modelo conceptual que sirva de guía para la investigación.....	93
En cuanto al marco analítico de la equidad en salud	94
Referente a las estrategias de reforma sanitaria	95
Sobre las posturas reformista y crítica a la reforma ante la equidad en salud	96
Propuesta de un modelo conceptual para la vinculación de las estrategias de reforma 1995-2002 y la equidad en salud en México.....	97
 Capítulo 3.	
La articulación metodológica en Salud Colectiva:	
Metodología del estudio.....	100
3.1 Diseño general del estudio	101
3.2 Población y grupos de estudio.....	103
3.3 Planteamiento de variables (indicadores).....	104
3.4 Fuentes de información, recolección y procesamiento de datos.....	108
3.5 Plan de análisis de los datos	110
Tratamiento cuantitativo de los datos: medición de las desigualdades de salud	110

Cálculo del INIQUIS: medición de las desigualdades en salud.....	112
3.6 Análisis de las desigualdades de salud que constituyen inequidades	119

Capítulo 4.

Resultados de la investigación: las desigualdades-inequidades en salud y los efectos de la reforma sanitaria..... 121

4.1 Comportamiento de los indicadores sobre condiciones de vida y de salud entre 1995 y 2002.....	121
Condiciones de vida.....	122
Resultados de Salud.....	125
Acceso a Servicios de Salud	131
Intervenciones de la Reforma 1995-2002.....	137
4.2 Las desigualdades en salud según el Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS)	143
INIQUIS para 1995.	143
INIQUIS para 2002	146
INIQUIS para 2002-Reforma	151
4.3 Comportamiento de las desigualdades y efectos de las “intervenciones de reformas” 1995-2002.....	155
Desigualdades en las condiciones de vida	156
Desigualdades en los resultados de salud.....	161
Desigualdades en el acceso a servicios de salud.....	165
Desigualdad relativa global de salud	170
4.4 Indicadores asociados al comportamiento de las desigualdades.....	172
Análisis de los indicadores del Modelo INIQUIS 2002-Reforma.....	174

4.5	Las desigualdades en salud que constituyen inequidades	175
	Comparación de indicadores seleccionados con estándares internacionales	177
	Valoración ética y de justicia de las desigualdades de salud observadas.....	180

Capítulo 5.

Discusión de los resultados de la investigación. 185

5.1	Características del contexto y el sistema de servicios de salud.....	186
	El sistema de servicios de salud y la concepción de reforma sanitaria.....	189
5.2	Continuidades y paradojas en los efectos diferenciales de la reforma: los hechos... ..	194
	Condiciones de vida y los resultados de salud.....	194
	Acceso a los servicios de salud.....	200
5.3	El impacto de la reforma sobre la desigualdad-inequidad en salud	208

Capítulo 6.

Comentarios finales: a manera de síntesis 216

Capítulo 7.

Referencias bibliográficas..... 220

Índice de Cuadros, Figuras, Gráficos y Mapas

Cuadros:

Cuadro 1.	Resumen de los enfoques filosóficos-morales relacionados con la equidad en salud según Meter y Evans, 2002.	16
Cuadro 2.	Características de las medidas de desigualdad en salud.....	42
Cuadro 3.	Síntesis de los contenidos e intereses expresados en algunas definiciones desarrolladas sobre Reforma del Sector Salud.....	56
Cuadro 4.	Principales cambios en el modelo de gestión de los servicios públicos de salud en países de América Latina como resultado de la reforma.....	63
Cuadro 5.	Indicadores propuestos y fuentes de información	106
Cuadro 6.	Definiciones de los indicadores propuestos.....	107
Cuadro 7.	Fuentes de información utilizadas en el Estudio.....	108
Cuadro 8.	Síntesis metodológica del cálculo del INIQUIS (Hervada-Vidal y col., 2003).....	111
Cuadro 9.	Pasos generales para la medición de las desigualdades en las condiciones de vida, los resultados de salud y el acceso a servicios de salud.....	114
Cuadro 10.	Modelo teórico INIQUIS 1995 e INIQUIS 2002 (sin "intervenciones de reforma")	116
Cuadro 11.	Modelo teórico INIQUIS 2002-Reforma (con "intervenciones de reforma")	117
Cuadro 12.	Resumen de los principales indicadores de salud de los países de América Latina definidos como promedio por la OPS.....	119
Cuadro 13.	Criterios valorativos para calificar las desigualdades como inequidades de salud.....	120
Cuadro 14.	Listado final de indicadores incluidos en el estudio según dimensión de análisis.....	121
Cuadro 15.	Distribución de la población >15 años alfabeta y el ingreso anual <i>per cápita</i> ajustado según Entidades Federativas. México, 1995 y 2002.....	122
Cuadro 16.	Distribución porcentual del número de defunciones por causas seleccionadas e incidencia acumulada de TB	

	pulmonar según entidades federativas. México, 1995 y 2002	130
Cuadro 17.	Distribución del índice de médicos y camas censables por cada 1,000 habitantes según Entidades Federativas. México, 1995 y 2002.....	134
Cuadro 18.	Distribución de indicadores de ampliación de cobertura de servicios de salud según Entidades Federativas. México, 2002.....	142
Cuadro 19.	Resultados del INIQUIS para Condiciones de Vida, 1995.....	144
Cuadro 20.	Resultados del INIQUIS para la dimensión de Resultados de Salud, 1995.....	144
Cuadro 21.	Resultados del INIQUIS para la dimensión de Servicios de Salud, 1995.....	145
Cuadro 22.	Resumen de los hallazgos del análisis del INIQUIS para 1995.....	146
Cuadro 23.	Resultados del INIQUIS para Condiciones de Vida, 2002.....	147
Cuadro 24.	Resultados del INIQUIS para la dimensión de Resultados de Salud, 2002.....	148
Cuadro 25.	Resultados del INIQUIS para la dimensión de Servicios de Salud, 2002.....	149
Cuadro 26.	Resumen de los hallazgos del análisis del INIQUIS para, 2002.....	150
Cuadro 27.	Resultados del INIQUIS 2002-Reforma para Condiciones de Vida, 2002.....	151
Cuadro 28.	Resultados del INIQUIS 2002-Reforma para la dimensión de Resultados de Salud, 2002.....	152
Cuadro 29.	Resultados del INIQUIS 2002-Reforma para la dimensión de Servicios de Salud, 2002.....	153
Cuadro 30.	Resumen de los hallazgos del análisis del INIQUIS, 2002-Reforma.....	154
Cuadro 31.	Comportamiento del INIQUIS según Entidades Federativas para Condiciones de Vida. Modelos INIQUIS 1995, 2002 y 2002-reforma.....	157
Cuadro 32.	Comportamiento del INIQUIS según Entidades Federativas para la dimensión Resultados de Salud. Modelos INIQUIS 1995, 2002 y 2002-Reforma.....	162

Cuadro 33.	Comportamiento del INIQUIS según Entidades Federativas para la dimensión Acceso a Servicios de Salud. Modelos INIQUIS 1995, 2002 y 2002-Reforma.....	166
Cuadro 34.	Comportamiento de la <i>Desigualdad Relativa Global de Salud</i> por Entidad Federativa con base en el Modelo del INIQUIS 1995.	170
Cuadro 35.	Comportamiento de la <i>Desigualdad Relativa Global de Salud</i> por Entidad Federativa con base en el Modelo del INIQUIS 20002-Reforma.	171
Cuadro 36.	Indicadores seleccionados por el Modelo INIQUIS 1995 y 2002.	172
Cuadro 37.	Indicadores seleccionados por el Modelo INIQUIS 1995 y 2002-Reforma.....	175
Cuadro 38.	Indicadores seleccionados por el modelo INIQUIS 2002-Reforma y el referente nacional (promedio nacional) e internacional de la OPS para América Latina.	178

Figuras:

Figura 1.	Esquema de la Organización del Sistema de Salud de México, 2002.....	52
Figura 2.	Características principales de los modelos conceptuales propuestos para evaluar los efectos de las Reforma del Sector Salud sobre la Equidad en Salud en México.....	79
Figura 3.	Modelo 1: Laurell, 1997.	83
Figura 4.	Modelo 2: Daniels, 1996.	85
Figura 5.	Modelo 3: Leighton, 1999.	88
Figura 6.	Modelo 4: OPS, 1998 y 2000.....	92
Figura 7.	Esquema resumen del Marco teórico-conceptual de la investigación	93
Figura 8.	Modelo conceptual para la vinculación de las estrategias de las reformas y la equidad en salud en México.....	97
Figura 9.	Ilustración gráfica de la combinación de los enfoques y diseños de investigación usados en el estudio.	100
Figura 10.	Diagrama del Diseño del Estudio Ecológico de Comparación de Grupo aplicado a la investigación sobre Reforma del Sector Salud y equidad en México.....	101

Figura 11.	Diagrama del Diseño del Modelo de Evaluación no experimental tipo “antes”-“después” aplicado a la investigación sobre RSS y Equidad en México.	102
Figura 12.	Procedimientos de recolección de información, selección de indicadores y conformación de la base de datos.	109

Gráficos:

Grafico 1.	Distribución según Entidades Federativas de la Esperanza de Vida al Nacer. México, 1995 y 2002.....	125
Grafico 2.	Número de Entidades Federativas con cambios en la tasa de mortalidad general respecto al promedio nacional. México, 1995 y 2002.....	126
Grafico 3.	Distribución según Entidades Federativas de la Tasa de Mortalidad en < 5 años. México, 1995 y 2002.....	128
Grafico 4.	Entidades Federativas según el número de años en la Descentralización y de Constitución de los Órganos Públicos Descentralizados. México, 2002.....	138
Gráfico 5.	Distribución de la Aportación Estatal y Federal al Financiamiento y Gasto en Salud según Entidades Federativa. México, 2002.....	140
Gráfico 6.	Promedio de consultas prenatales por embarazadas según Entidades Federativa. México, 2002.....	141
Gráficos 7.	Número de Entidades Federativas con presencia de Desigualdades de Salud según INIQUIS 1995, 2002 y 2002-Reforma.....	155

Mapas:

Mapa 1.	México por Entidades Federativas, 2006.....	103
Mapa 2.	Comportamiento espacial del Índice de Marginación Social según Entidades Federativas. México, 1995 y 2002.....	124
Mapa 3.	Cambios en la tasa de mortalidad infantil según Entidad Federativa. México, 1995 y 2002.....	127
Mapa 4.	Comportamiento espacial de la tasa de mortalidad materna según Entidades Federativas. México, 1995 y 2002.....	129
Mapa 5.	Cobertura de la Seguridad Social según Entidades Federativas. México, 1995 y 200.....	132

Mapa 6.	Cobertura de vacunación con esquema completo en niños de 1 año de edad según Entidades Federativas. México, 1995 y 2002	133
Mapa 7.	Comportamiento espacial del Gasto Público en Salud <i>per cápita</i> según Entidades Federativas. México, 1995 y 2002.	136
Mapa 8.	Comportamiento espacial del Gasto Total en Salud como % del PIB según Entidades Federativas. México, 1995 y 2002.	137
Mapa 9.	Desigualdad relativa en las Condiciones de Vida por Entidad Federativa según los Modelos INIQUIS de 1995, 2002 y 2002-Reforma.....	160
Mapa 10.	Desigualdad relativa de Resultados de Salud por Entidades Federativas según los Modelos INIQUIS de 1995, 2002 y 2002-Reforma.....	164
Mapa 11.	Desigualdad relativa en el Acceso a los Servicios de Salud por Entidades Federativas según los Modelos INIQUIS de 1995, 2002 y 2002-Reforma.	169

Introducción.

No todos los países y sistemas de salud resuelven de modo idéntico cuestiones básicas de los servicios de salud como son las referentes al acceso a los servicios, el financiamiento de la atención o las regulaciones y normas en materia de salud. Los procesos de “Reforma del Sector Salud”, en la mayoría de los países de América Latina, son ejemplo de estas transformaciones al servir como marco de referencia para la implementación de estrategias encaminadas a mejorar las políticas y programas de salud, especialmente a través de cambios en el desempeño de sus sistemas de salud, buscando mejorar la equidad, calidad, acceso y sustentabilidad de los servicios de atención a la salud con mayor impacto sobre el estado de salud de la población.

Una preocupación constante, aunque no con mucho éxito, de los países del continente americano incluido México, ha sido tratar de documentar los efectos que han tenido las estrategias desarrolladas por las reformas sanitarias de los últimos 20 años sobre la salud de la población y el acceso de ésta a los servicios de salud. El marco analítico de la “Equidad en Salud” ha servido como referencia y objetivo para formular, implementar y evaluar las principales transformaciones introducidas por los actuales sistemas de salud; así como su estrecha relación con los cambios estructurales y en las condiciones de vida que acompañan el desarrollo de dichas transformaciones. Sin embargo, su medición no ha reflejado de que forma las reformas en salud han tenido efectos sobre el logro de la equidad en salud en presencia de los diferentes factores que las determinan.

México en los últimos dos decenios ha venido experimentado “reconocidos procesos de reforma sanitaria” en opinión de algunos, pero no de todos, expresados en los distintos cambios que sobre las funciones de provisión de servicios, regulación, aseguramiento y financiamiento han tenido lugar en el sistema de salud, dejando ver su influencia sobre las metas, prioridades, leyes, gastos y desempeño del Sistema Nacional de Salud. Se cree que estas transformaciones han tenido algún efecto sobre la salud de la población, particularmente entre grupos sociales que difieren por su condición social, de género y de etnia, pero la poca evidencia empírica existente

en el país no permite, desde la perspectiva de la equidad, documentar de forma sólida y sistemática dichos resultados.

Las posturas en torno a la relación reformas sanitarias y equidad en salud en América Latina son diversas, pudiéndose encontrar dos posiciones explícitamente antagónicas que ocupan los extremos del eje: las que consideran que las estrategias implementadas han sido exitosas y han mejorado la salud de la población y las que creen, que por el contrario, la reforma ha sido un verdadero fracaso en todos los principios que las sustentan y la promueven, incluida la equidad, calidad y eficiencia de los propios sistemas de salud. Al centro del eje, con más o menos apego a alguno de los extremos en unos casos, se encuentran las posiciones definidas como intermedias, las cuales sostienen que la reforma sanitaria ha sido beneficiosa en varios aspectos de salud, pero perjudicial en otros. En México, también se encuentra esta polaridad de posiciones, incluyendo las de tipo intermedia, existiendo una evidente diferencia entre lo expresado en los discursos o documentos oficialistas del sector salud en el país y los actores con posturas “anti reformas”.

Para la Salud Colectiva Latinoamericana, la discusión sobre los efectos de las reformas no es ajena, ni constituye un problema menor, más bien es todo lo contrario, expresa las profundas diferencias existentes en el campo, tanto de las condiciones como de las prácticas en salud, en asuntos capitales como son las condiciones de vida, las inequidades en salud y las actuales transformaciones de los sistemas de salud en el marco de la reforma. La Salud Colectiva en México, más allá de lo que hoy se sabe, se ha propuesto sistematizar y documentar desde la investigación la posible relación entre la reforma sanitaria mexicana y las actuales desigualdades-inequidades de salud y de las condiciones de vida existentes en los diferentes grupos de población. Como ejemplo de lo anterior, se ha propuesto con base en la investigación empírica documentar en México las desigualdades que constituyen inequidades en las condiciones de vida, los resultados finales de salud y el accesos a los servicios de salud entre los grupos de población; así como identificar los posibles efectos de la reforma sanitaria mexicana de 1995-2002 sobre la equidad en salud.

Capítulo 1.

Efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002: Planteamiento del problema.

Las desigualdades-inequidades en salud han tenido y tienen en la actualidad muchas “caras diferentes”. La investigación ha mostrado su vinculación con factores sociales, económicos, políticos y culturales propios de los diferentes grupos sociales, así como con factores internos asociados al sector salud, especialmente los ligados a las transformaciones de los sistemas de salud.

En México, si bien existe información sobre las desigualdades de salud, existe escasa evidencia sobre la magnitud y características de las desigualdades en salud que constituyen inequidades, y mucho menos, sobre los posibles efectos asociados a las estrategias de las reformas del sector salud desarrolladas en los últimos años, las cuales buscan entre otros objetivos, el logro mismo de la equidad en salud entre grupos sociales que difieren en el estatus socioeconómico, género o etnia.

Las discrepancias teóricas, conceptuales y metodológicas en la forma de interpretar y medir el complejo desigualdad-inequidad en salud han sido explícitamente reconocidas por varios estudiosos del tema. Sin embargo, parece existir acuerdo en que éstas se encuentran ligadas, aunque en grado variable, a los determinantes de la salud, a las opciones de recursos y acceso a los servicios, a la calidad de la atención y a las condiciones de salud de la población.

En México, por ejemplo, las conceptualizaciones y mediciones de las desigualdades en salud fundamentalmente se han centrado en el análisis entre individuos dada sus diferencias socioeconómicas y más recientemente por género y etnia, siempre desde enfoques de tipo igualitaristas. Muy escasamente las desigualdades de salud han sido analizadas como expresión de las inequidades existentes en los resultados finales de salud y el acceso a los servicios desde perspectivas libertarias o utilitaristas y menos aún con base en la forma en que se concentran y se ejercen las relaciones de poder que establecen los grupos sociales colectivamente contruidos.

La equidad en salud no está divorciada o desunida de las alternativas de respuesta que ofrecen los sistemas de servicios de salud, más bien es lo inverso, dado que un

objetivo expreso en los procesos de reforma del continente es el incuestionable logro de la equidad. En América Latina la evidencia sobre las desigualdades-inequidades en salud son prominentes, al igual que las profundas transformaciones que los sistemas nacionales de salud han venido haciendo como resultado de los procesos de reforma económica de los Estados.

En México, las políticas y programas de salud impulsados por las reformas han sido enunciados en aras de una mayor equidad, acceso a los servicios de salud, calidad en la atención y eficiencia en el sistema de atención a la salud. Sin embargo, más bien, lo que se ha evidenciado son cambios en la organización del sistema nacional de salud, referidos principalmente al gasto en salud y la prestación de los servicios mediante diversas estrategias, como son cambios en los montos de financiamiento para la salud, descentralización de los servicios, ampliación de la cobertura de los servicios de salud y el tránsito a formas de aseguramiento basadas en la capacidad de pago de los usuarios de dichos servicios. En otras palabras, parecería que la búsqueda de la equidad en salud en el país, o más bien el desafío del logro de la equidad en salud ha “justificado” los cambios en las magnitudes de los financiamientos y las formas de organización del sistema nacional de salud, su política sanitaria y el rol de las instituciones que integran el sector salud.

Existen tres grandes posturas en torno a la reforma: los defensores, los detractores y los intermedios. Para el caso de México, los reformistas sostienen que las estrategias de reforma desarrolladas, han tenido efectos positivos sobre la salud, particularmente en los grupos más desprotegidos de la población. Sin embargo, los escasos datos sobre la falta de equidad en salud, mala calidad de los servicios y desprotección en materia de salud, publicados incluso por el sector oficial, parecen contradecir dichas afirmaciones. Por el contrario, los detractores de la reforma, especialmente anclados en el pensamiento de la medicina social y la salud colectiva, han venido defendiendo la postura de que la reforma impulsada por el modelo hegemónico ha sido de tipo neoliberal, que ha fracasado en sus propósitos, y que hoy los sistemas no son ni más equitativos, ni más eficientes, ni de mejor calidad. El tercer grupo, definido por su postura intermedia, considera que los procesos de reforma sanitaria han tenido efectos beneficiosos sobre varios aspectos del sistema

de atención de salud como resultado de las estrategias de ampliación de cobertura de los servicios entre las poblaciones más desprotegidas sin acceso a ellos, pero por el contrario, también sostienen que los efectos de la reforma sobre el mejoramiento de las condiciones de salud aún está por verse.

En ese sentido, una cuestión relevante y muy relacionada con estos posicionamientos, es tratar de dilucidar la cuestión sobre ¿qué es lo que tiene un verdadero efecto sobre la equidad en salud?: las intervenciones de las reformas del sector salud o los cambios estructurales y globales que han tenido lugar en los países como México en los últimos 30 años. Este punto en particular, representa uno de los más grandes desafíos que la investigación empírica debe enfrentar, especialmente si tomamos en cuenta las complejidades de una realidad social impregnada de aspectos sociales, culturales, políticos, económicos y demográficos que dan forma a los contextos estructurales donde tienen lugar las reformas, ya sea en el ámbito nacional, como por ejemplo, la crisis económica mexicana de 1994 o en el nivel subnacional o regional, como por ejemplo, la guerra en el estado de Chiapas de ese mismo año.

De esta forma, se hace necesario asumir que cualquier análisis sobre las desigualdades-inequidades de salud pasa por reconocer la complejidades que hay entre los aspectos estructurales que moldean el proceso de las condiciones de vida (determinantes de la salud) y el sistema de salud, visto éste último, ya sea como resultados finales (o condiciones) de salud o como acceso a los recursos para la salud. Es en este complicado entrelazamiento es que también deben ser mirados los procesos de las reformas, pues éstos, no solo se dan como resultado muchas veces de las transformaciones estructurales definidas dentro de la reforma del Estado, sino también como expresión de las diferentes formas de organización de los propios servicios de salud.

Con la escasa evidencia disponible, en México no es posible adoptar una posición respecto a los posibles efectos de las reformas sanitarias y equidad en salud. Parece haber una incongruencia entre las afirmaciones sostenidas por los defensores de las reformas de 1995-2002 en el país y los propios datos publicados con posterioridad a

esos años por el sector oficial sobre la falta de equidad en salud, mala calidad de los servicios y desprotección en materia de salud en que vive actualmente la inmensa mayoría de la población del país.

Hasta el momento no existen datos derivados de mediciones sistemáticas que puedan dar cuenta de las desigualdades de salud que constituyen inequidades, así como de los posible (o no) efectos de las reformas mexicana en la equidad en salud como parte de los cambios estructurales y globales ocurridos en el país desde iniciada la llamada reforma del Estado a inicios de los años ochenta.

Se requiere entonces, contrastar las diferentes posturas en torno a la reforma y sus efectos, no ya desde el discurso, sino desde la investigación empírica tratando de tomar en cuenta las intervenciones de las reformas de salud, sin desconocer el peso o el papel que juegan los cambios estructurales y globales experimentados en general en el país o en forma particular en muchos de los Estados de la nación. Desde esta perspectiva, se reconoce la necesidad de ofrecer una mirada explicativa, comprensiva y contextualizada del los *procesos de reformas* en términos de sus posibles efectos sobre las *desigualdades-inequidades en salud* en el último decenio.

Es precisamente con base en lo anterior, que la presente investigación se propone abordar desde una aproximación *socio-epidemiológica* la relación entre los procesos de las reformas mexicana de 1995-2002¹, las condiciones de vida y el complejo desigualdad-inequidad en salud² y para ello, trató de responder las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las desigualdades en las condiciones de vida y de salud que constituyen inequidades entre grupos de población que difieren por la condición geopolítica y administrativa (Entidad Federativa) en México? y ¿Cuáles son los efectos que las “intervenciones de reforma” desarrolladas durante el periodo 1995-2002 han tenido sobre las desigualdades-inequidades en los resultados de salud y el acceso a los servicios en México?.

¹ La investigación considerará tres estrategias de reforma: 1) descentralización de los servicios de salud, 2) cambios en los montos de financiamiento en salud y 3) Ampliación de la cobertura de los servicios mediante un paquete básico de servicios de salud (PBSS).

² Se refiere a las diferencias sistemáticas, evitables y pertinentes entre los miembros de una población (desigualdad) y las variaciones no solo innecesarias e injustas (inequidad) en cuanto las dimensiones de la equidad en cuanto a: a) resultados finales de salud (enfermedad y muerte) y b) acceso a servicio de salud.

1.2 La Salud Colectiva ante las reformas sanitarias y el desafío del logro de la equidad en salud: Justificación de la investigación.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud el principal problema de la salud de Las Américas sigue siendo la inequidad como reflejo de las grandes desigualdades sociales y de las condiciones de vida presentes en la región (OPS, 2003).

A pesar de que en años recientes ha habido una importante producción de estudios sobre el tema de las desigualdades y la falta de equidad en salud, ya sea por diferencias en los patrones de morbilidad y mortalidad, como en el acceso a los servicios de salud, éstas han estado particularmente ligada a algunos determinantes de la salud, como los niveles de ingreso, posición social, pobreza, empleo o las condiciones de trabajo, pero dicha producción científica proviene fundamentalmente de los países más desarrollados.

Esta situación es muy distinta para Latinoamérica, región con las mayores inequidades del mundo y donde la cantidad y calidad de los estudios sobre inequidades en salud, así como la capacidad para su análisis ha estado muy limitada (Almeida-Filo, 1999), principalmente porque la mayor producción en este tema ha sido más teórica que empírica. En consecuencia, la evidencia de investigación que ha sustentado gran parte de lo que se conoce sobre desigualdad-inequidad en el estado de salud y acceso a los servicios, las cuales tiene como base los procesos relacionados con las condiciones de vida, se ha desarrollado en los países industrializados de América del Norte y Europa Occidental (OPS, 2000).

Al escaso conocimiento empírico sobre las relaciones entre los determinantes de la salud, las condiciones de vida y las desigualdades-inequidades en salud en América Latina, se une que no hay información abundante en nuestros países sobre el impacto o al menos los efectos que las intervenciones de las reformas buscan tener para mejorar la equidad en salud. Por el contrario, hay estudios recientes que sugiere que algunas intervenciones en realidad pueden incrementar las inequidades por lo menos en los primeros años después de iniciada la implementación (Victora, 1999) y otros que documentan las probadas evidencias del irrefutable impacto de la

pobreza sobre la salud (Gwatkin, 2000). Pero de cualquier forma, estos relacionamientos son complejos y los mecanismos que conectan los determinantes de tipo socioeconómico, las condiciones de vida y las intervenciones realizadas por las reformas con los resultados de salud y el acceso a los servicios son todavía poco comprendidos. El número de estudios dedicados a investigar los niveles de desigualdades en salud, las estrategias para su reducción y eliminación, y el impacto de decisiones políticas al respecto también han sido pocos (OPS, 2000).

Pese al reconocimiento generalizado de la magnitud de las desigualdades en salud y de las diferencia entre grupos sociales en muchos países, tanto de altos ingresos como de bajos ingresos, hay controversia acerca del significado y medición de las desigualdades en salud y las diferencias entre los grupos sociales en materia de salud y las inequidades. La falta de definiciones claras, de estrategias de medición e indicadores normalizados sobre las desigualdades en salud ha limitado las comparaciones, entre y en los países, y algo tal vez más importante, el análisis comparativo de los determinantes de esas desigualdades (Murray, 2000).

No basta con medir las diferencias en las condiciones de vida y desigualdades-inequidades en salud en términos de sus resultados finales o del acceso a los servicios, también se requiere de criterios que sirvan para guiar el análisis de la equidad general de las políticas de salud y los procesos de reforma de atención sanitaria que ellas promueven. En todos los contextos se suelen debatir los resultados de las reformas sin realizar una evaluación sistemática de sus efectos sobre la equidad en salud. En no pocos casos, el apostar a la eficiencia de sistema de salud sin prestar atención a otras dimensiones de la equidad, no sólo no mejora la equidad, por el contrario, puede reducirla de manera considerable (Daniels, 2000).

Si bien el fin último de cualquier sistema de salud es contribuir a la mejora de la salud de la población y al aumento de la esperanza de vida, cada país organiza su sistema de salud en forma diferente (Vargas, 2002). En México por ejemplo, las estrategias de reforma del sector salud han sido formuladas pretendiendo buscar cambios significativos en las políticas y programas puestos en marcha en los últimos diez años, al menos las reformas de 1995-2002 (SSA, 1995), observándose un

evidente tránsito de una concepción de atención integral y de extensión gradual de las coberturas como responsabilidad del Estado, a través de las instituciones públicas de salud, a una activa promoción gubernamental de la mercantilización de servicios de salud, complementada con una política de beneficencia hacia la población pobre (López-Arellano, 2001).

Con base en estas consideraciones, este proyecto pretende contribuir a:

- La identificación de desigualdades-inequidades en salud entre diferentes grupos de población que difieren en su ubicación geográfica.
- Desde la investigación empírica, aportar evidencia sobre los efectos de la reforma sobre las desigualdades-inequidades en salud, más allá del discurso y del lugar que ocupan hoy estos asuntos en la agenda política.
- Contrastará las posturas a favor de la reforma, los detractores de estos procesos y los que tienen una posición intermedia en torno a la reforma sanitaria a través de la sistematización de la información disponible en México para el período 1995-2002.
- Con una lectura distinta a las hechas hasta el momento basado especialmente en la lógica de los factores de riesgo, proveer un abordaje anclado desde el pensamiento socio-epidemiológico de la Salud Colectiva.
- Aportar información relevante que permita la evaluación evolutiva y permanente de dichas desigualdades-inequidades a lo largo del tiempo.
- Proveer una *línea de base* sobre las condiciones e vida, el estado (o condiciones de salud) y de acceso a los servicios por parte de la población mexicana y sobre los cambios promovidos por las principales intervenciones de reforma en el período 1995-2002.
- Evidenciar las diferencias en las condiciones de vida, los índices de inequidad en salud al menos en las dimensiones de resultados de salud y acceso a servicios; así como sobre los efectos que las “intervenciones de reforma” han podido hacer sobre la equidad en los niveles subnacionales del país.

Finalmente, dos cosas más justifican la realización de presente estudio:

Por un lado, intentar contribuir a la discusión de uno de los actuales retos teóricos del campo de la salud colectiva: abordar desde la investigación empírica la relación de sus dos áreas básicas de estudios: la *salud-enfermedad*, en este caso entendida como las desigualdades-inequidades en salud en cuanto a los resultados de salud y acceso a servicios, y las *práctica en salud*, ahora referidas como las transformaciones y estrategias desarrolladas por los sistemas de salud como parte de la de reforma del sector en México durante los años de 1995 y 2002.

Por el otro lado, la investigación aspiró poder avanzar en la articulación metodológica de enfoques, métodos de investigación y fuentes de información; así como en proveer explicaciones comprensibles sobre las complejas relaciones entre los determinantes de la salud, las condiciones de vida y los sistemas de salud, lo que constituye uno de los retos metodológicos más importantes de este campo.

1.3 Objetivos e hipótesis de la investigación.

Objetivos de la investigación.

General:

Caracterizar las desigualdades en las condiciones de vida y de salud que constituyen inequidades entre los grupos de población que difieren por su condición geopolítica y administrativa (Entidad Federativa) e identificar los posibles efectos que sobre la equidad en salud pueden ser vinculados con las “intervenciones de reforma” desarrolladas en México entre 1995 y 2002.

Específicos:

1. Describir la magnitud y variabilidad de las *desigualdades* en las condiciones de vida, en los resultados finales de salud y en el acceso a servicios de salud.
2. Determinar las *inequidades* en salud expresadas como desigualdades injustas, evitables e innecesarias respecto a las condiciones de vida, los resultados de salud y el acceso a los servicios de salud.
3. Identificar la relación entre condiciones de vida, reforma sanitaria y el complejo desigualdad-inequidad en salud con base en los posibles *efectos* que las “intervenciones de reforma” han podido tener sobre la equidad de resultados y de acceso a servicios de salud.

Hipótesis de la investigación.

1. Las desigualdades-inequidades en las condiciones de vida, los resultados finales de salud y el acceso a servicios de salud difieren entre los grupos sociales construidos con arreglo a su condición geopolítica y administrativa (Entidad Federativa), siendo:
 - a. diferentemente más elevadas en los estados del sur (Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla), que en los estados del norte (Nuevo León, Coahuila, Chihuahua) y del centro (Distrito Federal, Estado de México, Guanajuato) del país.
2. Las estrategias del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 como fueron la descentralización de los servicios de salud, los cambios en los montos de asignación y distribución del financiamiento en salud y la ampliación de cobertura mediante el Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS), no han tenido efectos positivos, o solo ligeramente, en el mejoramiento de la equidad de resultados de salud y de acceso a los servicios, independientemente de las condiciones de vida, y otros determinantes existentes en el país entre los años de 1995 y 2002.

Capítulo 2.

La equidad en salud y las reformas sanitarias: un análisis desde la perspectiva de la Salud Colectiva: Marco teórico-conceptual.

2.1 El marco analítico de la equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y sitio en el campo de la Salud Colectiva.

La región de Las Américas y en particular América Latina y el Caribe, es la región del mundo que presenta la mayor inequidad social (Alleyne, 2002a) y también en gran medida, de las condiciones de salud y de acceso a los servicios de salud de su población como consecuencia de la acción conjunta de numerosos factores sociales, políticos, ambientales, culturales y tecnológicos vinculados a programas y servicios de salud que buscan precisamente el efecto contrario (Schneider y col., 2002). Partiendo de estas apreciaciones no parece haber dudas de que la problemática de las desigualdades-inequidades en salud expresadas, en términos sencillos, como diferencias importantes en el estado de salud entre los individuos y los grupos sociales de, países y dentro de estos últimos, es un tema de actualidad y por demás, de suma urgencia.

Como este ensayo no pretende ser exhaustivo en la descripción de las tendencias en el pensamiento filosófico sobre la conceptualización de la equidad, ni el propósito central del mismo es agotar cada uno de los problemas frecuentemente señalados por la literatura sobre desigualdad-inequidad en salud, el mismo busca hacer notar los aspectos y enfoques conceptuales respecto a la equidad y de forma particular a la equidad en salud.

La noción de justicia sanitaria y la equidad en salud.

Para comprender a cabalidad del marco analítico e interpretativo en que se inscribe y desarrolla el complejo desigualdad-inequidad, es necesario partir del entendimiento de los conceptos principales que conforman la teoría de la justicia social en general y la justicia sanitaria en forma particular. Para este propósito, es posible encontrar en la literatura científica, diversos trabajos que tratan de exponer las variadas tesis que ayudan a clarificar los principales conceptos que vincula la justicia con la equidad.

En un trabajo titulado "Justicia sanitaria como igualdad: ¿universalismo o pluralismo?", Vega-Romero (2001), analiza los conceptos de justicia social y sanitaria desde la perspectiva histórica y más aun desde la visión moderna, ofreciendo una arista comprensiva de estos conceptos y su relación con la equidad en salud. En voz del autor, el debate histórico acerca de la justicia social ha sido desarrollado desde distintas tradiciones filosóficas, económicas y política, observándose en todas ellas diversas tendencias denominadas sustantivas y no sustantivas. Dentro de las primeras, se reconocen la *noción Judeo-Cristiana* que sustenta que las almas son iguales ante los ojos de Dios; el *racionalismo científico* que presume la existencia de una capacidad común para aprender verdades universales y demostrables; y el *modelo metafísico* que supone una conciencia unificada duradera de si mismo. En el segundo grupo, basado en la influencia del racionalismo científico, las dos tendencias predominantes han sido un *razonamiento fundamentado en la práctica*, que ha llevado a constituir verdades o normas y códigos morales o éticos de carácter universal como pueden apreciarse en las teorías de Kant, Rawls y Habermas. La otra tendencia, corresponde a una *concepción de justicia como igualdad de carácter no universalista*, que explica la emergencia de normas o códigos morales como resultado de la lucha fundada en las relaciones de poder, conocimiento y lenguaje más que en verdades racionales absolutas de carácter universal como puede verse en los trabajos de Nietzsche, Foucault, Lyotard, Derrida, Hatab, entre otros.

De acuerdo con el mismo autor, en el campo específico de la salud se reconocen cuatro concepciones modernas de justicia, a saber: a) las concepciones libertarianas, b) las utilitaristas, c) las contractarias y d) las igualitarias, constituyendo todas ellas, a pesar de sus diferencias, los cimientos teóricos sobre los cuales se han edificado la organización y distribución de los servicios de salud y más aún las concepciones actuales sobre la equidad sanitaria.

En síntesis, los *libertarianos* han proclamado que la escogencia y distribución de los cuidados médicos y de la salud debe hacerse prioritariamente a través de relaciones libres del mercado, sobre la base del libre consentimiento, minimización del Estado y mediante programas de beneficencia cuando es necesario dirigido a los más pobres. Por su parte los *utilitaristas*, han fundamentado sus criterios distributivos en el

principio de utilidad, es decir, en la maximización de la suma de las utilidades, las preferencias y los valores individuales, como puede ser la redistribución de bienes y riquezas a través de los impuestos para beneficiar a los más necesitados. Por su parte, los *contractualistas*, enfocan sus posiciones en los principios que enmarcan un contrato que deben ser acordados a través de procedimientos. Y finalmente, los *igualitaristas*, sostienen que los principios de justicia sanitaria deben ser el resultado de un contrato social entre un grupo de individuos, o ser el resultado de una teoría o modelo de sociedad como el definido por el Marxismo.

No obstante al reconocimiento histórico de las posturas y principios defendidos por estas corrientes en el campo de la justicia sanitaria, Vega-Romero sostiene, que no todas han tenido la misma influencia y opina que las que más han aportado al debate contemporáneo son el Liberalismo, hoy en su forma de *intervención neoliberalista* y el Igualitarismo, tanto desde la *tradición marxista* –que supone una distribución igual y plena entre todos y cada uno de los miembros de la sociedad, así como de las oportunidades para acceder a usar los medios y cuidados de salud sobre la base de las necesidades colectivas que deben ser satisfechas mediante el uso disponible de consumo social– o en forma de igualitarismo cualificado o moderado representado por la aplicación del *pensamiento contractualista de John Rawls*, que define a la teoría de la justicia como equidad al distribuir acogiéndose al criterio de igualdad básica o mínima entre los ciudadanos, basada en sus necesidades y en el principio de igualdad de oportunidades o de diferencia (Vega-Romero, 2001).

Enfoques contemporáneos relacionados con la justicia y la equidad en salud.

Como se ha mencionado, la complejidad del tema de la equidad y la variedad de disciplinas que la estudian determinan en gran medida la existencia de una diversidad de aproximaciones ligadas a concepciones filosóficas, económicas, sociales, políticas y sanitarias.

Una aplicación directa al campo de la salud del pensamiento filosófico antes expuesto puede ser visualizada al revisar la obra de Meter y Evans (2002). Estos

autores discuten cuatro *enfoques filosóficos-morales* relacionados con la equidad en salud (Cuadro 1).

CUADRO 1. RESUMEN DE LOS ENFOQUES FILOSÓFICOS-MORALES RELACIONADOS CON LA EQUIDAD EN SALUD SEGÚN METER Y EVANS, 2002.

- Enfoque utilitarista, el cual propugna que debe potenciarse al máximo la suma de bienestar individuales, asumiendo que es igual la capacidad de todas las personas para disfrutar de salud. Bajo esta concepción, el logro de la máxima salud de la población implica que cada persona debe alcanzar el nivel más alto de salud, siendo indiferentes los grupos de población que logran estos beneficios (ricos o pobres, por ejemplo) siempre que dichos beneficios ejerzan el mismo impacto sobre la salud global de la población.
- Enfoque igualitarista, se centra en consideraciones distributivas sin valorar la salud total de la población. Como se ha mencionado, existen diferentes tipos de teorías igualitarias. Algunas enfatizan en la igualdad de los resultados finales, que en el marco de la salud se traduciría en igualdad en el estado de salud. Otras ponen énfasis en la igualdad de oportunidades que puede, a su vez, concebirse de diferentes maneras. No todas las formas de igualitarismo privilegian la salud; por ejemplo, el enfoque de la igualdad de recursos de Dworkin sostiene que la justicia sólo requiere la igualdad de recursos generales, como por ejemplo, la oportunidad de ganancias económicas, y una vez lograda tal igualdad dependerá de cada uno cómo quiere utilizarlos. Desde este punto de vista, una sociedad que garantice igualdad de recursos a sus ciudadanos no sería necesario que prestara atención especial a la salud.
- Enfoque desde la perspectiva de la prioridad. Este enfoque se considera como un contrapeso al principio del utilitarismo. Requiere que los beneficios sanitarios sean asignados a los más enfermos. Impone que las diferencias en los resultados de salud entre los grupos sociales importen sólo secundariamente, siendo lo importante los resultados sanitarios finales y la gravedad de la enfermedad, y no quién está enfermo ni a través de cuales caminos adquirió la enfermedad. La perspectiva se centra en los que tienen peor salud y no necesariamente en el estado de salud de los más pobres.
- Enfoque derivado del ideal rawlsiano de sociedad como sistema de cooperación justo, el cual interpreta que lo éticamente equivocado en la falta de equidad social en salud guarda relación con las causas de esta ausencia de equidad. Concibe que las desigualdades en salud son consecuencia de una organización social que no satisface las exigencias de un sistema justo de cooperación social. Se identifican como injustas las desigualdades de clase, género, raza, región o de otro tipo que se originan en la estructura básica de la sociedad y que parecen ser el resultado de una división social del trabajo que beneficia sólo a los grupos más acomodados, a expensas de los más desfavorecidos.

Los tres primeros enfoques proporcionan perspectivas sobre la equidad en salud como un objetivo social independiente y tienen en común que se centran en un

patrón distributivo de los resultados finales sanitarios, lo que contrasta con el enfoque *rawlsiano* que sitúa el objetivo de la equidad en la esfera de la salud en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social. La premisa fundamental de este enfoque es que las desigualdades sociales en salud son injustas porque se deben a una división del trabajo en la sociedad que coloca a determinados grupos de personas en desventaja, no sólo económica, social y política, sino también en lo que se refiere a sus posibilidades de conservar la salud (Meter y Evans, 2002).

La perspectiva teórica que presenta Amartya Sen (2002) introduce un pensamiento distinto al considerar el problema de la justicia sanitaria y de la equidad en salud particularmente en función de las capacidades de los individuos, ligadas al derecho, al desarrollo social, económico y cultural. De acuerdo con Martínez y colaboradores (2001), para Sen, la salud y la justicia sanitaria está guiada por una salud que interactúa como propósito y como herramienta, con otros bienes sociales, en el marco del desarrollo humano. De esta manera la salud se observa como una herramienta distributiva de unos bienes y servicios, o como parte de la función de redistribución más general, dirigida a compensar o atenuar las desigualdades sociales (Martínez, 2001).

En palabras del propio Sen (2002) la enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social, no solo por la consideración social de la salud y el carácter central que tiene la salud dentro de la justicia de los acuerdos sociales en general, sino también por la consideración de que la equidad en salud no únicamente concierne a la salud vista aisladamente, ya que debe abordarse desde un ámbito más amplio desde la imparcialidad y de la justicia, incluida la distribución económica y la libertad humana. De aquí que ciertamente la equidad en salud no trata solo la distribución de la salud ni tampoco puede ser asumida en término de la distribución de la asistencia sanitaria. Por el contrario, la equidad en salud debe ser entendida desde un ámbito multidimensional, cuya concepción ayuda a comprender la justicia social. Para explicar esta consideración el autor sostiene que la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas a valorar. Por lo tanto, ninguna concepción de la justicia social que acepte

la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables. En otras palabras, argumenta que la equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de justicia.

En la tesis de Sen, también es posible visualizar otra consideración de suma importancia al observar que la equidad en salud no puede preocuparse únicamente por la desigualdad en la salud o en la atención sanitaria y debe tomar en consideración cómo se relaciona la salud con otras características sociales a través de la asignación de recursos y de acuerdos sociales. La sentencia es sostenida al afirmar que la reducción de la desigualdad no mejora necesariamente la equidad en salud, ya que esta última requiere también que se consideren, además, la posibilidad de conseguir acuerdos diferentes para la asignación de recursos, las instituciones o las políticas sociales. Por lo tanto la violación de la equidad en salud no se puede juzgar exclusivamente en función de la desigualdad en salud, por que a su vez la magnitud de la desigualdad no puede proporcionarnos información suficiente para evaluar la equidad en salud. Pero evidentemente, esto no implica que la desigualdad en salud carezca de interés (Sen, 2002).

Por otro lado, además de las perspectivas ancladas en el pensamiento de John Rawls y más recientemente de Amartya Sen se presentan otras ligadas a las concepciones que relacionan la justicia con el poder. El mismo Vega-Romero (2001) señala que desde la perspectiva de un razonamiento práctico puro o desde un modelo teórico de la sociedad, no ha sido posible poner en práctica un lineamiento moral o científico único cuyos principios sean universalmente válidos para todos. Esta afirmación la fundamenta desde el pensamiento post-moderno y post-estructuralista y alude a Michel Foucault quien defiende que los principios que han regido la distribución de servicios y cuidados referentes a la salud de una población, han sido más el resultado de la imposición y generalización de concepciones específicas de justicia mediante el recurso de la fuerza de grupos y racionalidades dominantes, que el resultado natural de un acuerdo o de un consenso,

fundamentados en la verdad universal de una teoría de la sociedad o de una concepción moral.

Según el autor la igualdad para Foucault es la consecuencia de la victoria de las fuerzas que se articulan estratégicamente a posiciones dentro de los dominios de la técnica, del saber y de las tecnologías y que construyen, escogen o se ven obligadas a apoyar una racionalidad particular, sobre otras que no expresan bien sus intereses. En otras palabras, la idea de justicia social para Foucault es una idea que en efecto ha sido inventada y puesta a trabajar en diferentes tipos de sociedades, como un instrumento de un cierto poder político y económico, o como un arma contra ese poder. Pero en cualquier caso, la noción de justicia funciona dentro de una sociedad de clase, como un clamor hecho por la clase oprimida y como una justificación para la opresión (Vega-Romero, 2001).

Conceptos y marcos explicativos sobre la equidad en salud.

En la actualidad es posible evidenciar como ha variado el grado de interés por las desigualdades e inequidades sanitaria en los últimos años. Mientras que el tema fue objeto de gran atención entre mediados de los años setenta y mediados de los ochenta, aproximadamente, dejó de serlo después al orientarse el interés hacia la eficacia y sostenibilidad de los sistemas sanitarios, procesos que en muchas partes denominaron de reforma del sector salud (Gwatkin, 2000).

Desde esta perspectiva, parecería paradójico observar como independientemente de la magnitud creciente que hoy exhiben las desigualdades en salud en una buena parte de los países del continente, las respuestas organizadas desde los gobiernos a través de los sistemas de salud de la mayoría de los países se dirigen, no al desarrollo de servicios de salud orientados a la colectividad en su conjunto, sino al desarrollo de estrategias de intervención que favorecen la eficiencia y sostenibilidad financiera de la acción en salud mediante una lógica de mercado, aunque ello represente un retroceso en la carrera por la búsqueda de la equidad.

La reaparición en el escenario internacional de la creciente preocupación por las desigualdades en salud, o de su término “sinónimo” mal empleado en opinión de algunos, las inequidades en salud, no ha sido casual, sino el resultado de una compleja situación caracterizada por la creciente disparidad de condiciones de vida y de salud entre los grupos sociales y regiones geográficas de casi todo el mundo particularmente en relación con la justicia, convirtiéndose en una de las principales emergencias que compromete el futuro de la humanidad (Alleyne, 2002b).

Como la definición de conceptos básicos es un principio epistemológico primordial en los procesos de construcción de las cuestiones científicas, sobre todo en las situaciones de ambigüedad excesiva, controversia relativa y confusión terminológica, como ocurre precisamente en el análisis de los conceptos de desigualdad-inequidad en relación con la situación de salud o la atención a la salud, es necesario detenerse a evaluar las diferentes definiciones de estos conceptos para tratar de comprender los significados y alcances interpretativos que sustenta el concepto de equidad en salud.

¿Qué es la equidad en la salud o la inequidad en salud?. Si bien la respuesta a esta pregunta no es fácil desde la perspectiva conceptual, mucho menos lo es desde el punto de vista práctico. Es por eso que trataremos de dar una aproximación más o menos comprensiva a un concepto de por sí controversial.

Mientras unos emplean los conceptos de desigualdad-inequidad para transmitir un sentido de “justicia” otros lo emplean para dar entender “igualdad” en un sentido exclusivamente matemático (Rosero-Bixby y col., 2000). No obstante, existe la consideración de manejar con cuidado la abundancia de definiciones y la diversidad de marcos teóricos existentes que relacionan al contexto social y económico con las condiciones de salud de grupos poblacionales y de sus miembros (Samaja, 1994). Sin embargo, si bien ninguno de estos intentos es totalmente satisfactorio, se coincide en que han servido para organizar la discusión sobre los posibles determinantes del estado de salud de los individuos y sobre el acceso a los servicios de atención a la salud a escala individual y de hogares, ya sea para el estudio de las relaciones entre las políticas macroeconómicas, políticas sociales y políticas de

salud, como para sugerir tipos de intervenciones que pueden reducir las desigualdades en salud y mejorar los niveles de salud y bienestar de la población en determinados contextos (OPS, 2000).

Muchas veces, sino todas, para llegar a la definición de inequidad en salud, punto central en el debate conceptual, y más tarde a la desigualdad en salud como expresión de la primera, casi todos los autores parten por definir al inicio qué es *equidad en salud*.

El término equidad según Ramírez, (2004), procede del latín *aequitas*, término que a su vez se deriva de la palabra *aequus*, que significa "igual". Consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos o condiciones. Aristóteles expresó que "*la naturaleza misma de la equidad es la rectificación de la ley cuando se muestra insuficiente por su carácter universal*". La ley tiene necesariamente carácter general y, por lo tanto, a veces demuestra ser imperfecta o de difícil aplicación en casos particulares. En tales casos la equidad interviene para juzgar, no a partir de la ley, sino a partir de la justicia que la misma ley está dirigida a realizar. Por lo tanto, anota Aristóteles, la justicia y la equidad son la misma cosa: la equidad es superior, no a lo justo en sí, sino a lo justo formulado en una ley que por razón de su universalidad está sujeta a error. "*La equidad representa, frente a la razón legal, el sentimiento de la justicia que a veces se aparta de la ley para atender circunstancias que, de no ser consideradas, determinarían una "legal injusticia" si se admite la frase paradójal*" (Ramírez, 2004).

A pesar de esta consideración histórica, existe consenso sobre cómo en la actualidad la equidad en salud ha tenido, y tiene también hoy, muchas caras diferentes, ya sea que su definición esté vinculada o no a factores externos que afectan a las poblaciones, especialmente a los pobres, tales como el ingreso monetario, la educación, la nutrición, el agua y las condiciones de higiene entre otros (OPS, 1997), o propios del sector salud como es el acceso a los cuidados sanitarios básicos y a la atención hospitalaria entre las familias urbanas y rurales o incluso las diferencias en el estatus de salud de los niños o de los adultos o por las altas tasas de mortalidad que enfrentan las mujeres desde su nacimiento (Leighton, 1999).

Dependiendo de donde se sitúe el punto de mira, la equidad puede ser vista e interpretada desde diversos enfoques y posturas. Los *economistas* por ejemplo, interesados con la eficiencia y efectividad de los Ministerios de Salud a menudo señalan los aspectos equitativos en salud como las formas alternativas de general fondos para la atención en salud (Aguilera, 1999). Otra perspectiva se basa en las diferencias que se perciben entre la atención sanitaria proporcionada por *proveedores públicos y privados*, los *pacientes pobres* que utilizan los servicios públicos de salud que son gratuitos y la de los *pacientes que pueden pagar por la atención* ofrecida por los proveedores privados (Málaga, 2000).

Tomando en cuenta lo anterior no hay dudas que las definiciones sobre equidad en salud han sido muchas. Examinemos las más relevantes para tratar de llegar a comprender las diferencias y significados de los conceptos que sustentan la desigualdad vs. la inequidad.

Quizás, la definición de inequidad en salud más divulgada y sintética sea aquella propuesta por Margaret Whitehead que en su esencia plantea *“la inequidad referida a desigualdades que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran injustas”*. Para esta autora *“la equidad en salud significa, idealmente, que todos deben tener la oportunidad justa de alcanzar todo su potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar”* (Whitehead, 1992).

Whitehead identifica siete posibles determinantes de las desigualdades en salud, de los cuales las tres primeras categorías no son consideradas injustas, en tanto las restantes cuatro serían consideradas evitables, y como injustas sus diferencias resultantes en salud, a saber:

1. Variaciones biológicas, naturales.
2. Conductas que dañan la salud elegidas libremente, tales como participación en ciertos deportes y pasatiempos.
3. Las ventajas transitorias en salud de un grupo respecto a otro cuando ese grupo adopta primeramente una conducta promotora de salud (en tanto otros grupos tengan los medios para alcanzarlo relativamente rápido).

4. Conductas dañinas a la salud en la cual el grado de elección de los estilos de vida está severamente restringido.
5. Exposición a condiciones no saludables, vida estresante y condiciones laborales.
6. Acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros servicios básicos.
7. Selección natural o movilidad social relacionada con la salud que tiende a que las personas enfermas desciendan en la escala social.

En términos operacionales la autora supone una reducción, al mínimo posible, de los factores diferenciales de salud y de acceso a los servicios sanitarios. A partir de ese punto explícitamente pragmático define el concepto de equidad (*equity*) por medio de dos antónimos: desigualdad (*inequality*) e inequidad (*inequity*). Para el primer término (desigualdad), Whitehead indica diferencias sistemáticas, evitables y pertinentes entre los miembros de una población, mientras que para el segundo (inequidad) señala la existencias de diferencias o variaciones no solo innecesarias y evitables, sino también injustas.

La misma Whitehead apunta que la equidad no significa que todas las personas deban tener el mismo nivel de salud y consumir la misma cantidad de servicios y recursos, sino que se deben considerar las necesidades de cada uno. Por lo tanto, para describir una situación como no equitativa o injusta la causa debe ser examinada y juzgada en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad. En síntesis, la igualdad, no implica necesariamente equidad, como la desigualdad no necesariamente implica inequidad. Toda inequidad es una desigualdad pero no toda desigualdad es una inequidad. En este sentido, una inequidad es una desigualdad injusta y potencialmente evitable; visto así, una igualdad injusta es asimismo una inequidad (Whitehead, 1992).

A partir de los trabajos descritos por Whitehead y otros autores la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el marco de la iniciativa de “Salud Para Todos” propone centrarse más que en los conceptos de igualdad-desigualdad en el par equidad-inequidad. Para la OMS la equidad significa que las necesidades de la gente, más allá de sus privilegios sociales, sean quienes guíen la distribución de

oportunidades para su bienestar, lo cual requiere reducir las desigualdades injustas según los estándares aceptables para cada uno, con principios de justicia e imparcialidad. En otras palabras, tratar de reducir las brechas evitables en el estado de salud y en los servicios de salud entre los grupos con diferentes niveles de privilegios sociales, reflejados en las diferencias de nivel socioeconómico, género, localización geográfica, étnicas, religiosas y edad (WHO, 1995).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que por lo común se confunden con frecuencia los términos de igualdad-equidad-desigualdad-inequidad. Para la organización, igualdad es uniformidad y equidad es imparcialidad. En una determinada situación, “igual” puede ser no equitativo y “desigual” puede ser equitativo, por lo que hace falta una justificación ética de por qué una cierta distribución constituye una inequidad (OPS, 1999). La OPS define desigualdad-inequidad al igual que Whitehead como las diferencias sistemáticas, evitables y pertinentes entre los miembros de una población para el primer término (desigualdad) y las variaciones no solo innecesarias y evitables, sino injustas para el segundo (inequidad). En otras palabras, equidad como valor es la *“lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son evitables e innecesarias”* (OPS, 2003a).

En un reciente libro publicado por la Fundación Rockefeller y la propia OPS, titulado “Desafío a la falta de equidad en salud” cuya edición estuvo a cargo de Evans, Whitehead y Dderichsen entre otros autores, concluye que *“las desigualdades de salud reflejan las diferencias entre grupos con independencia de cualquier posible valoración sobre la justicia de estas”*; mientras que *“las inequidades en salud se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas”*²⁵. Esta última característica (injusticia) implica, según Fabienne Peter, una valoración de si las desigualdades son o no potencialmente evitables en un inicio y aceptables o no posteriormente (Evans y col., 2002).

En el mismo sentido, según Metzger (1996) al retomar el debate sobre la controversia del complejo desigualdad-inequidad concluye que el término desigualdad es un término puramente descriptivo que no acepta valoraciones

morales, mientras que argumenta que la inequidad es una traducción directa del concepto inglés de *inequity*, mismo que no existe en español ni en portugués, pero sí el de *inequidad*, el cual denota sentido de injusticia. Por lo tanto, propone la adopción del término inequidad con la connotación de desigualdad con *iniquidad*, es decir, de desigualdad injusta (Metzger, 1996). Desde esta posición el autor lanza su definición de equidad señalando:

- a) derivado directo de las modalidades de adquisición legítimas como herencia, ahorro o redistribución estatal;
- b) mínimo decente, patrón básico al que todos deben tener acceso; y
- c) libertad de elección, es decir, más opciones que necesidades.

En este sentido, Kawachi y colaboradores (Kawachi, 2002) sostienen que evaluar las inequidades implica medir lo que es o no es justo en una sociedad, lo que implica la necesidad de un juicio de valor dependiente de la teoría de la justicia que se adopte y por consiguiente del concepto político-normativo que lo oriente. En consecuencia, la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud asume como definición operacional, que inequidades son *“las diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno a más aspectos del estado de salud de las poblaciones o subgrupo de poblaciones social, económica, demográficas o geográficamente definidos”* (Internacional Society for Equity in Health, 2002). Sin embargo, debido a que esto no siempre es posible, se ha sugerido seguir en un primer momento el enfoque basado en desigualdad, entendida esta última como un término genérico que involucra diferencias, variaciones y disparidades en los logros de salud de los individuos y grupos poblacionales, y por lo tanto que no implica asumir un juicio de valor ético-moral de estas diferencias o consideraciones estrictas sobre su solución (Kawachi, 2002).

Un aspecto de singular importancia que está suficientemente fundamentado es el papel que juegan los determinantes sociales y económicos en las disparidades en salud. Braveman (1998) por ejemplo, define operacionalmente como equidad en salud *“la minimización de las disparidades evitables en salud y sus determinantes – incluida pero no limitada a la atención médica – entre grupos de personas que tienen*

diferentes niveles de ventajas sociales". Otro ejemplo se encuentra en los trabajos de Casas, Dachs y Bambas (2001) cuando documentan que las grandes diferencias en salud, tanto en el estado como en los servicios, entre aquellos con altos y bajos niveles de bienestar (ya sea medido a través del ingreso u otras condiciones materiales), el nivel de educación, la distribución espacial (por ejemplo, entre regiones geográficas o áreas urbanas y rurales), la etnicidad, el género, el acceso físico y financiero a los servicios de salud, y el origen nacional (Ramírez, 2004).

Introduciendo la lógica de los derechos y la perspectiva de los valores en salud, otros dos autores, Carlos Montoya y Reguena dan cuenta respectivamente, del problema de la equidad desde la perspectiva de los derechos y desde la lógica de los valores. El primero considera que la salud forma parte de la categoría de los derechos naturales, mientras que la equidad forma parte de los derechos civiles. En su concepción, la sociedad se basa en un contrato social precisamente para evitar las distorsiones derivadas de las desigualdades de poder y evitar que dichas desigualdades se transformen en injusticias. Para Montoya la equidad *"es una forma de distribución de los bienes que satisfacen los merecimientos de cada persona"* (Montoya, 1997).

De igual forma, Requena admite tratar la equidad como un valor, y plantea que los valores son cualidades polares y jerarquizadas, por lo tanto, ir en pos de la equidad en salud supone corregir la situación contraria, es decir, la inequidad. Para este autor, equidad se define como: *"el valor principal que, junto a otros, sustenta el derechos a la salud, traduce una posición ética frente a la responsabilidad del Estado de entregar salud para todos"*. En otras palabras, equidad *"significa justicia, significa que las necesidades de la gente guían en vez de los privilegios sociales guían la distribución de oportunidades de bienestar"* (Requena, 1997). Este concepto reconoce que existen diferencias que generan necesidades de salud en los individuos lo que introduce el concepto de desigualdad en salud, entendida ésta como las que reflejan las diferencias de salud entre los grupos, con independencia de cualquier posible valoración sobre la justicia de estas.

Respecto a los servicios de salud y los procesos de atención médica diversos autores identifican aspectos específicos relacionados con las diferentes formas de operacionalizar el concepto de equidad en salud. La misma Whitehead (1992) identifican cuatro tipos de equidad:

- igualdad en el acceso disponible para igual necesidad
- igualdad de utilización para igual necesidad (referida a la adecuada distribución de los recursos de salud existentes entre los individuos que los necesitan)
- igualdad en la calidad de la atención
- igualdad en el resultado (pretende que los diferentes individuos con diferentes condiciones de vida, tengan una misma situación de salud)

De acuerdo con Ramírez (2004) otras consideraciones en este mismo sentido son las presentadas por Berman (1995) y Daniels (1997), cuando señalan señala que los tres elementos claves para lograr la equidad en los sistemas de salud son (Ramírez, 2004):

- un financiamiento progresivo y una asignación de recursos equitativos dentro del sistema de salud
- el derecho universal y el acceso universal
- la calidad de los servicios de salud

La OMS (WHO, 1996) por su parte tratando de dar un sentido más operativo al término de la equidad respecto de la atención a la salud ha definido a la equidad como:

- la forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud;
- la forma en que los servicios son recibidos por la población; y
- la forma en que los servicios de salud son pagados.

Esta última consideración es marcadamente retomada en el Informe de la OMS del año 2000, el cual establece que entre los objetivos de la organización se encuentra el de brindar protección financiera contra los costos de la mala salud, es decir, lograr la equidad de las contribuciones financieras (OMS, 2000). En resumen este planteamiento expresa que la forma en que se financia la atención sanitaria es perfectamente equitativa si la razón entre la contribución sanitaria total y el total de

gastos que no sean en alimentos es idéntica para todas las familias, independientemente de sus ingresos, su estado de salud o su utilización del sistema sanitario. En otras palabras, el financiamiento equitativo que propone la OMS responde al principio de cada uno según su capacidad, pero no al principio de cada uno según su necesidad, dado que la forma idónea que proponen es la recaudación de ingresos por pago anticipado mediante sistemas de seguro lo que conduce a una mayor equidad de financiamiento. Sin embargo, este enfoque de equidad financiera ha encontrado profundos cuestionamientos, pues en opinión de algunos investigadores, parte de supuestos falsos y erróneos con profundas implicaciones éticas, además de estar orientado, en contraposición de lo que se dice buscar, a perpetuar una extensión de la globalización del capital financiero (Lopez, 2001).

De acuerdo a Starfield (2001) el concepto de equidad en servicios de salud denota la no existencia de diferencias en los servicios de salud donde las necesidades son iguales o que existan servicios de salud mejorados donde estén presentes mayores necesidades (Starfield, 2001). Esta afirmación introduce dos diferentes tipos de equidad, por cierto, controversiales tanto por su concepción en sí, como por su aplicabilidad. De acuerdo al trato que se le dé al usuario (Metzger, 1996), se identifican dos tipos de equidad,,: a) *equidad horizontal* (igual trato para individuos iguales) y b) *equidad vertical* (desigual trato para individuos desiguales).

Sobre esta clasificación, Marta-Porto y colaboradores señalan que pareciera razonable que dos personas con el mismo problema de salud deban recibir igual tratamiento (equidad horizontal); en cambio, una, por disfrutar de condiciones físicas superiores o mejor estado nutricional reaccionaría más rápido a la terapéutica, resultando la igualdad de tratamiento en desigualdad de resultados; en consecuencia, sería más equitativo proporcionar mejores cuidados a la persona cuya capacidad de respuesta fuese presumiblemente peor (equidad vertical). Por otro lado, la misma autora también refiere que otros autores como Jardanovski & Guimaraes (1993) han hecho diferentes lecturas de los conceptos de equidad horizontal y vertical, asociando la primera al tratamiento intranecesidades y la segunda la relativa a las internecesidades (Porto, 2002). En otras palabras, la equidad horizontal es entendida como tratamiento igual a las necesidades de salud

iguales, considerando la existencia de necesidades diferentes según el género, la edad o las condiciones sociales. La equidad vertical busca el tratamiento “apropiadamente desigual” de necesidades de salud distintas, incorporando la cuestión de las prioridades en programas de asistencia.

Con base en la revisión de Ramírez (2004), aplicado a la asignación de recursos, la equidad horizontal es la asignación de igual o equivalentes recursos para igual necesidad, en tanto la equidad vertical es la asignación de diferentes recursos para diferentes niveles de necesidad. Bambas y Casas (2001) son del pensar que estas dos concepciones de equidad tienen diferentes implicaciones en las políticas y no pueden ser aplicadas aleatoriamente a los problemas; por el contrario, su aplicación debe responder a algún principio o rasgo característico del problema que justifique la elección de una u otra. Por ejemplo, señalan estos autores, que un plan universal de atención de salud puede concebirse como una equidad horizontal considerando que todos en cierta medida necesitamos atención de salud; por otro lado, programas focalizados en los pobres pueden considerarse como la aplicación del principio de equidad vertical. La distinción entre estas dos situaciones radica en la interpretación de necesidad: en el primer caso, la justificación es que todos desde el punto de vista biológico necesitamos la atención de salud, mientras que el segundo caso se sustenta en la necesidad financiera de los pobres, que no se aplica a los no pobres. Los pro y contra del enfoque de equidad vertical en el contexto de los actuales procesos de introducción de los mecanismos de mercado, en oposición a la provisión de servicios públicos, es también analizada por estos autores (Ramírez, 2004).

Para Evans y colaboradores (2002), si bien la característica común de los estudios de caso sobre equidad en muchos países se enfocan en dimensión más importante de la equidad en salud, es decir, en la *equidad como resultados finales de salud*, ésta no es la única dimensión del concepto, pues existen otras tales como la *equidad en el acceso a la asistencia sanitaria*, aunque importante por sí misma, ha de entenderse en relación con su impacto sobre la salud (Evans, 2002). No obstante, para Knowles, Leighton y Stinson (1997) el concepto de equidad en relación con el sistema de salud se puede referir indistintamente a diferencias en el estado, utilización o acceso a la salud entre los diferentes grupos socioeconómicos,

demográficos, étnicos, y/o género. Sin embargo, es probable que el término equidad se considere principalmente como equidad en el acceso a los servicios de salud en la mayor parte de los procesos de reforma del sector salud de los últimos 20 años, dejando claro que a medida que avanza la tecnología médica y los gobiernos se percatan de su limitada capacidad fiscal para proponer el mismo acceso a todos los servicios de salud, la definición de equidad que más se acerca es aquella más restringida (Knowles y col., 1997).

En contraposición a esta última afirmación y con una claridad puntual Travassos sustenta que vale la pena distinguir entre equidad en salud y equidad en servicios de salud y expone que no todos los determinantes de las desigualdades en los niveles de salud intervienen en la determinación de las desigualdades en el uso de los servicios de salud, en otras palabras, la obtención de *“la igualdad en el uso de servicios de salud no asegura la igualdad en los resultados”*. La autora parte de que las necesidades en el ámbito de la salud están determinadas socialmente y que a su vez, el uso de servicios de salud está determinado, tanto por las necesidades de salud de la población como por las características de la oferta del mercado de servicios de salud explícitas en la política de salud, es decir, las características de la oferta de servicios, la composición del *mix* público/privado, las estructuras de financiamiento, las formas de pago, etc.(Travassos, 2000).

Una segunda aproximación: la equidad desde la Salud Colectiva.

Muchos de los autores que explican los conceptos de equidad-inequidad desde las posturas morales sobre la injusticia y que consideran que las inequidades en salud son evitables, reconocen que existen otras aproximaciones de las desigualdades en salud que constituyen razones importantes para la movilización y la acción política. Sin embargo, no explicitan que además de ellos, estas otras posturas constituyen fuentes de generación potencial de conocimiento técnico-científico sobre las condiciones de salud y experiencias novedosas en el terreno de las prácticas en salud.

Incorporando la perspectiva que ofrece el campo de la Salud Colectiva en cuya definición destaca la de ser un movimiento alternativo a la salud pública institucionalizada con alcance tanto, en las esferas técnica-científica de la salud como en el terreno de las prácticas en salud (Burlandy y Bodsteins, 1998), el complejo desigualdad-inequidad puede ser perfectamente estudiado e intervenido (Almeida-Filho, 1999a). En el primer caso las desigualdades-inequidades en salud traspasan de norte a sur y de sur a norte todos los objetos de estudio comúnmente abordados por este campo: salud-enfermedad-respuesta. No solo existen desigualdades e inequidades en términos de los resultados finales del estado de salud; sino también se presentan en la enfermedad dada su distribución desigual entre los individuos, poblaciones y grupos sociales; y en las alternativas de respuestas que brindan los sistemas de atención de salud para combatir la enfermedad y promover la salud. Si en lugar de hablar de las distribuciones de salud-enfermedad-respuestas entre los individuos y agregados de individuos, habláramos de los determinantes biológicos, sociales, económicos, políticos, culturales e incluso ideológicos de esa triada, también podríamos observar cómo el complejo desigualdad-inequidad se presenta haciendo posible visualizar por qué las diferencias en los estados de salud y enfermedad son sólo la punta visible del problema que las están determinando.

Un análisis de las disparidades en salud desde el prisma de la Salud Colectiva presupone reconocer que bajo ellas subyacen, además del peso de los determinantes, profundos desequilibrios generados por la discriminación y las diferencias de poder entre los diferentes grupos sociales, mismas que tienen un amplio arco socio-político e ideológico que dan forma al contexto social donde tiene lugar la salud, la enfermedad y las alternativas de promover la primera y combatir la segunda. La mejor sistematización de esta concepción aplicada al tema que nos ocupa se puede encontrar en los planeamientos teóricos-conceptuales y metodológicos que conforman las bases del saber y la práctica del campo de la Medicina Social Latinoamericana y del Movimiento de la Salud Colectiva en el continente.

De acuerdo con investigadores inscritos en el campo de la Salud Colectiva, la equidad se ha constituido en un objeto central sobre el debate de las políticas sociales en los últimos años. Urbaneja (2001), argumenta que la discusión sobre equidad en salud es relevante porque el tema está cruzado por diversos aspectos centrales para el desarrollo de los países, se configura como la piedra angular de los problemas a enfrentar y de la respuesta que deberá darse ante la pérdida del disfrute de la vida, la discriminación, la represión por condiciones económicas y sociales, la exclusión en diferentes formas, la marginación de grandes mayorías, entre muchas otras manifestaciones. De acuerdo con la autora, lo anterior resulta paradójico ya que en los recintos de los organismos internacionales multinacionales promotores del desarrollo, el tema de la equidad en salud sigue siendo visto desde concepciones minimalistas y disonantes, con el desconocimiento de la importancia de la complejidad en la realidad de los países, y donde cuyas explicaciones y soluciones siguen siendo ancladas en principios fundamentalmente tecnocráticos y eficientistas, alejando la discusión de los valores éticos de la justicia social vista desde lo humano y desde los derechos (Urbaneja, 2001).

Esto se ve reforzado al considerar la perspectiva de Consuelo Ahumada (2001), que sostiene que las verdaderas raíces que han vuelto la cara a la actual crisis de la salud pública y de los sistemas de salud, en términos de las desigualdades e inequidades de salud, encuentran sus causas en las políticas de ajuste fiscal desarrolladas a partir de la década de los ochenta en los países Latinoamericanos, e impulsadas, bajo la denominación de "reformas de primera y segunda generación", por las instituciones financieras internacionales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. De acuerdo con la autora, el análisis macro de la situación económica de los países tiene una incidencia definitiva en la situación del sector salud, de aquí que la primera discusión sobre el concepto de equidad se dé en el contexto de la actual crisis de la deuda externa, cuyo déficit fiscal generado según las propuestas de reformas, ha de reducirse aunque ello signifique un mayor deterioro del sector productivo, las condiciones sociales y de equidad en salud, a expensa de un beneficio cada vez mayor de los grandes grupos financieros (Ahumada, 2001).

Desde esta perspectiva, Jaime Breilh (1998) es quien ofrece al debate conceptual y terminológico sobre desigualdad-equidad-inequidad una aproximación diferente a las mencionadas anteriormente, pues centra su análisis a partir de un enfoque que da cuenta de las relaciones de poder en la población (Breilh, 1998). Este autor plantea que son las relaciones de poder las que discriminan los grandes contrastes entre los modos y estilos de vida de grupos situados en los polos sociales de una sociedad, así como la capacidad de producción y negociación que los grupos tienen para la reproducción de su vida en condiciones determinadas. Para este autor, el problema básico es la inequidad argumentando que ésta es integral, cubre todos los sitios de trabajo y la esfera del mercado donde se consiguen los bienes para la vida, afecta la cotidianidad, las relaciones entre los grupos e incluso en ámbito de las culturas.

Para la cabal comprensión de la inequidad, Breilh (2003) propone hacer una distinción clara entre los términos de: diversidad, desigualdad, inequidad y diferencia, así como en sus respectivas interpretaciones dentro del marco de las estructuras de poder en las que convergen las situaciones de género, clase y etnia.

La *diversidad* la define como la característica consustancial de la vida humana que ayuda a explicar la variación de características entre los géneros, culturas, grupos de edades, etc., a partir de la diversidad surgen las diferencias biológicas como sexo, raza, edad, alrededor de las cuales se dan las construcciones culturales y de poder. Por su parte, la inequidad es la apropiación y concentración de poder en determinadas clases, en uno de los géneros o de las etnias, haciendo de la diversidad un vehículo de explotación y subordinación.

En palabras de Breilh, *“la inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que las genera, es decir, al carácter y modo en que una sociedad define su reparto y acceso desiguales (desigualdad social) que es su consecuencia”*. La *desigualdad*, entonces, es más bien una expresión observable típica y grupal de la inequidad, es una medida o característica producida por la inequidad. Un ejemplo, es la desigualdad de salario entre las clases sociales que corresponde a la inequidad en el proceso de producción y distribución económica; o es el caso de la desigualdad de acceso a un servicio de salud entre grupos sociales

o entre hombres y mujeres, que corresponde a la inequidad del mercado o del comportamiento distributivo del Estado. Entonces para Breilh, la categoría desigualdad es la expresión observable de una inequidad social.

La *inequidad* es una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema, mientras que la desigualdad es una evidencia empírica que se hace ostensible en los agregados estadísticos, para cuya adecuada comprensión es necesario desentrañar la inequidad que la produce. La inequidad es la falta de equidad, entendida ésta como la característica inherente a una sociedad que garantiza el bien común, e instituye la viabilidad de un reparto humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar a cada quien según su capacidad.

Finalmente, para Breilh la *diferencia* es designada como el producto combinado de la diversidad y la inequidad, a su vez participa en la génesis de la inequidad y la desigualdad, y que se expresa en el dominio de la vida individual y biológica (Breilh, 2003).

Por otro lado, frente la diversidad, controversia y muchas veces falta de claridad interpretativa de los conceptos hasta aquí enunciados, y en un intento por sistematizar los diferentes aportes conceptuales y terminológico reportados en la literatura sobre el conjunto desigualdad-inequidad-injusticia, Naomar Almeida Filho (1999) propone una matriz semántica común que integra las definiciones siguientes (Almeida-Pilho, 1999b):

- *Diversidad*: Variación de características, diferenciación sin dimensionalidad en la esfera poblacional (ej. Etnia, género, nacionalidad, etc).
- *Desigualdad*: Diferenciación con dimensionalidad en la esfera poblacional, es la prueba empírica de la inequidad y se puede expresar en indicadores.
- *Diferencia*: Expresión de los efectos de la diversidad y la desigualdad que se manifiesta en la esfera individual y que pueden constituir indicadores de incidencia acumulada.

- *Inequidad*: Anglicismo por referencia al término “inequity”, implica diferencias o variaciones sistemáticas, innecesarias y evitables en el seno de poblaciones humanas.
- *Iniquidad*: Concepto referido a las inequidades no solamente evitables sino también inicuas (desleales, vergonzosas e injustas) resultantes de la injusticia social en presencia de diversidades, desigualdades o diferencias.

Por su parte, desde la vertiente de la *equidad de acceso, la utilización y la calidad de servicios de salud*, la investigación dentro del campo de la Salud Colectiva (Martínez, 2001) ha a definido la equidad como la igualdad de los individuos frente a las oportunidades de acceso real a los servicios de salud, es decir, se entiende la equidad en salud desde una concepción teórica y ética, donde equidad implica que idealmente todos debemos tener la justa oportunidad para atender su total potencial de salud, y más pragmáticamente que nadie debe estar en desventaja para lograr este potencial, si esto puede ser evitado. En consecuencia, la equidad en la atención de salud significa igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; e igual calidad de atención para todos. De esta forma, la equidad en el acceso no solo se refiere la hipotética disponibilidad de recursos o a la cobertura, sino también a la utilización efectiva de estos servicios de acuerdo con los parámetros de necesidad.

En opinión del mismo Almeida-Filho (1999), la integración teórico-metodológica que hace la Salud Colectiva en el abordaje del complejo desigualdad-inequidad reconoce la existencia de al menos tres modelos teóricos explicativos que se anticipan a tratar la problemática de la equidad asumiendo una combinación de todas sus dimensiones, aunque esto no constituya necesariamente poder lograrlo (Almeida-Filho, 1999b). Los modelos son:

Tipo I o Modelos socioepidemiológicos funcionalistas, que tratan a la desigualdad social y económica básicamente como factor de riesgo, manifestando sus efectos mediante una exposición diferencial, en lo referente a la patogénesis, y por el acceso desigual a los recursos sociales y sanitarios. Este abordaje epidemiológico funcionalista de los problemas de salud, incluida la desigualdad en salud, es propio

de la llamada "Epidemiología Social versión funcionalista", se estructuró básicamente sobre dos abordajes teóricos estrechamente vinculados: la teoría del estrés que opera en el ámbito *microsocial* y la teoría de la modernización y salud que se refiere a un nivel *macrosocial* dando forma al conjunto de hipótesis sobre las consecuencias de los cambios sociales sobre la salud (Almeida-Fihlo, 2000).

Tipo II – Modelos socioepidemiológicos marxistas: están basados en las teorías sociales del conflicto y de la contradicción, que privilegian los procesos dialécticos de la producción social de la patología, dando origen a una escuela propia denominada "Epidemiología Social Latinoamericana". Dos variantes teóricas han destacado: la teoría "del proceso de producción y salud", que da cuenta de la forma en que los sujetos se ubican frente a la estructura productiva (Laurell, 1991) (Grupo de la UAM-Xochimilco, México) y la teoría del perfil epidemiológico de las clases sociales o "epidemiología de las clases sociales", que se estructura a partir del concepto de reproducción social (Breilh, 1998) (Grupo de CEAS, Ecuador).

Tipo III – Modelos etnoepidemiológicos: basados en el análisis de los "modos culturales y sociales de enfermar", así como de los "modos y condiciones de vida" para referirse a las cuestiones epidemiológicas relacionadas con los procesos de reproducción social de los cotidiano. Esta línea teórica también latinoamericana, llamada técnicamente "Epidemiología del modo de vida", incorpora heterogeneidades cualitativas, subjetivas y contextuales, diferenciando la situación de salud por etnia, género, generación familiar, familia, redes sociales y en forma paralela las relaciones de clase. En otras palabras, la cuestión fundamental de esta variante es tratar de problematizar la incorporación de significado y sentido al riesgo y a sus factores y efectos (Almeida-Filho, 2000).

Almeida-Filho, defiende que en vista del carácter complejo, subjetivo y contextual de la relación entre la salud-enfermedad-atención y los procesos constitutivos o determinantes de las iniquidades sociales, se hace necesario que desde la Salud Colectiva es imprescindible replazar el enfoque tradicional de factores de riesgo por modelos más sensibles al medio ambiente socio-histórico y cultural en que tienen lugar las desigualdades-inequidades. En otras palabras, concluye que profundizar en

el conocimiento sobre las dinámicas sociales derivadas de las diferencias de sujetos, expresadas como desigualdades de salud que constituyen inequidades, implica el desafío más importante de la Salud Colectiva.

El proceso de medición de las desigualdades-inequidades en salud.

En términos generales, se acepta que la equidad en salud puede tener por lo menos dos referentes generales: la equidad en el nivel o estado de salud de la población, y la equidad en la atención a la salud (OPS, 2000). Cada una de estos referentes tiene, a su vez, varias dimensiones que pueden ser consideradas, por lo que es posible valorar el efecto diferencial y las injusticias que se generan por la manera cómo se dan las estructuras sociales y el gasto público social, sobre aspectos como la esperanza de vida, la discapacidad, la vida saludable, los tipos de mortalidad, la promoción de la salud y otros aspectos similares. De la misma manera, pueden considerarse la financiación y el gasto en salud, el acceso y la utilización de los servicios de salud, su ubicación y distribución, la administración de los servicios, la participación social y la autonomía de los pacientes o los usuarios (Martínez, 2001).

Partiendo de esta consideración, Martínez y colaboradores (2001), presentan una propuesta de cómo pueden ser agrupados buena parte de los estudios y análisis de equidad en buena parte de los países Latinoamericanos, según la problemática específica que trabajan y los métodos que emplean, a saber:

- a) los estudios que se han ocupado de examinar las desigualdades sociales o las inequidades que resultan de la falta de justicia social. En estos estudios se trata de relacionar la distribución de los indicadores sociales como los ingresos, la pobreza, la educación, la ubicación urbano-rural y otros con respecto a indicadores de salud en sentido amplio como la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad.
- b) los estudios dedicados a la investigación de la relación entre distribución del ingreso y el avance del sistema de salud en términos de afiliación, gasto y subsidio en salud. Este tipo de estudio tiene como antecedentes análisis más amplios que se han ocupado de la pobreza, la distribución de los ingresos y la equidad en los resultados de salud.

- c) los estudios que abordan la equidad en salud examinando las desigualdades e inequidades de salud y su relación con el ingreso, la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios. En estos estudios se ha intentado relacionar las estrategias de reforma sanitaria asociadas al financiamiento (barreras económicas) y la cobertura de los servicios con la equidad de acceso, utilización, y calidad de los servicios de salud.
- d) los estudios orientados a identificar las desigualdades en la distribución de gasto y el subsidio en salud, distribución de recursos humanos y otros aspectos asociado con el funcionamiento de los sistemas y servicios de salud en el marco de la reforma sanitaria.

La medición de las desigualdades en el campo de la salud es un tema en franco debate hoy, principalmente desde la consideración de que ésta es una condición indispensable para el análisis de sus determinantes y para el planteamiento de una teoría, lo cual, a su vez es una base fundamental para la acción. De aquí, que existen diferentes métodos de medición y niveles de complejidad cuya elección depende del objetivo que se pretenda abordar.

En un trabajo publicado recientemente Schneider, Castillo-Salgado, Bacallao y otros (2002) sobre métodos de medición de las desigualdades, se identifican dos áreas de análisis de las desigualdades: la situación de salud y los servicios de salud. Para estos autores, los indicadores para medir la situación de salud utilizan básicamente datos de mortalidad y morbilidad, ya sean provenientes de los sistemas de registro rutinario o de las encuestas. Por su parte, en lo que concierne a los servicios de salud se utilizan generalmente datos de encuestas e incorpora conceptos como necesidad, acceso, eficacia, efectividad y otros que necesitan de una metodología más compleja (Schneider, 2002).

Según estos mismos autores, la medición de las desigualdades puede también ser clasificada en términos de dos factores: el tiempo y el nivel de abordaje. En relación con el primero, las mediciones pueden ser transversales o longitudinales, y en relación con el segundo, pueden ser individuales o ecológicos. En la medición transversal todas las observaciones se practican una sola vez en el tiempo, aunque

puede haber varias replicas de cada observación, pero todas ellas se refieren a un tiempo único. En cambio en las mediciones longitudinales, las observaciones se practican a lo largo del tiempo y pueden ser en sentido retrospectivo como prospectivo. Por su parte, las mediciones de tipo individual, la unidad de observación y análisis son los sujetos, donde todas las variables se registran como atributos individuales; mientras las mediciones clasificadas como ecológicas las unidades de análisis es un conglomerado de individuos que se agrupan de acuerdo a criterios geodemográficos, socioeconómicos o de otro tipo. Para esta última de medición generalmente se basan en datos de tipo secundarios agregados por unidades geopolíticas.

Los trabajos de Mackenbach y Kunst (1997), así como los de Wagstaff y colaboradores (1991) señalan que hay que tener en cuenta las características de los indicadores que se emplean para medir las dimensiones de las desigualdades en salud. Si bien cada indicador tiene ventajas y desventajas es imprescindible definir de forma explícita los propósitos para los que se utilizara. En este sentido, la elección de un indicador deberá ser coherente con el marco teórico y con los objetivos propuestos en la investigación sobre desigualdades de salud. Según estos autores, un indicador que pretenda medir desigualdad en salud debe cumplir los siguientes requisitos (Wagstaff, 1991):

- reflejar la dimensión socioeconómica de las desigualdades en el campo de la salud
- incorporar toda la información correspondiente a todos los grupos de la población definidos por el indicador y,
- debe de ser sensible a los cambios en la distribución y al tamaño de la población a lo largo de la escala socioeconómica.

De igual forma se insiste en que independientemente del tipo de indicador usado, es imprescindible que la información sea de buena calidad y pueda ser validada. Con esta presunción concluyen que cualquiera de los métodos o indicadores empleados debe abarcar un análisis descriptivo de la variación del fenómeno entre los grupos. De aquí que se recomienda que se utilicen métodos sencillos, pero siempre que se

pueda deberán ser contrastados los resultados por métodos más complejos (Mackenbach y Kunst, 1997).

Desde la perspectiva de Kadt y Tasca (1993) los conceptos de desigualdad, pero sobre todo el de inequidad, son demasiado complejos para reducirlos a un planteamiento de unos pocos indicadores. Su análisis requiere de información aportada por diversas fuentes, además de un elemento de subjetividad en los juicios que deben tomarse para definir las situaciones, los procesos o los sucesos que son causa central de la inequidad. En términos generales, el proceso de medición de las inequidades, es decir, de la identificación y evaluación de las inequidades de salud debe iniciar con la elección de un conjunto de indicadores que puedan presentar por lo menos dos aspectos: las condiciones de salud de los conjuntos poblacionales y las categorías o los grupos de personas a comparar. De acuerdo con estos autores, para captar la complejidad de los factores y condiciones que afectan la desigualdad en salud es necesario emplear como mínimo tres tipos de indicadores: a) los indicadores de salud, b) los indicadores relacionados con la atención o la prestación de servicios de la salud y c) los indicadores socioeconómicos. Una vez definido los indicadores, es imprescindible pasar al segundo aspecto, es decir, a la definición de los grupos de población o categorías en las que se presupone pueden existir desigualdades e incluso inequidades. Para este fin, en general se recomiendan emplear tres tipos de variables: a) las demográficas, b) las socioeconómicas y c) las geográficas y ambientales (Kadt y Tasca, 1993).

En términos generales, para conocer la magnitud y evolución temporal de las desigualdades de salud, pueden utilizarse distintos métodos e instrumentos de medidas. Sin embargo, su selección depende de los que interese medir, por ello, es recomendable conocer sus ventajas y limitaciones. Según el trabajo de Schneider y colaboradores (2002) ya mencionado, las mediciones pueden expresarse como diferencias relativas (por ejemplo la razón de tasas) o absolutas (por ejemplo la diferencia de tasa), ambas son importantes y suelen tener un valor complementario. Sin embargo, los autores aluden que las medidas relativas son más estables y más fácil de entender, de ahí que se usen más, pero en muchos casos las medidas absolutas son muy útiles para los tomadores de decisiones, especialmente cuando se

han formulado metas a alcanzar, ya que permiten una mejor apreciación de la magnitud del problema de salud pública. Del campo de la economía también suelen emplearse medidas como el *Coefficiente de Gini*, con su correspondiente *curva de Lorenz*, y variantes de ambos como el *índice y la curva de concentración* que combinan indicadores con presentaciones visuales (Schneider, 2002).

Otra opción metodológica hecha por los autores, consiste en el empleo de medidas de impacto de la situación socioeconómica sobre las condiciones de salud. La principal ventaja de las medidas de impacto es que tienen en cuenta el estado real de la situación socioeconómica y miden los cambios esperados en la condición de salud como resultado de posibles intervenciones. Si bien las medidas de efecto se basan en categorías fijas de la variable socioeconómica (por ejemplo el nivel de escolaridad primario frente al universitario), las medidas de impacto por su parte utilizan categorías definidas por un indicador socioeconómico cuantificable en términos poblacionales (por ejemplo el quintil de ingreso superior frente al quintil de ingreso inferior). Entre las medidas de efecto, *la razón de tasas y la diferencia de tasa* y en menor medida el *índice de efecto basado en la regresión* son las dos medidas más usadas, mientras que entre las medidas de impacto los más conocidos son el *riesgo atribuible poblacional (RAP)* adaptado del área de la epidemiología. Este último indicador también se puede estimar mediante la regresión, y ésta a su vez suele usarse para estimar el *índice de desigualdad de la pendiente (IDP)*, *índice de disimilitud* y el *índice relativo de la desigualdad (IRD)* (Wagstaff, 1991).

El Cuadro 2 sintetiza las principales características y la clasificación general en la que se dividen los diferentes tipos de medidas.

CUADRO 2. CARACTERÍSTICAS DE LAS MEDIDAS DE DESIGUALDAD EN SALUD.

Característica	Clasificación	Tipo de medida
1. <i>Incorporación o no del nivel socioeconómico (NSE) en el análisis.</i> Incorporan el NSE	A. Coeficientes y diferencias	a) Coeficiente entre dos grupos b) Diferencias entre dos grupos c) RAP d) RAP%
2. <i>Disponibilidad de datos agregados o individuales.</i> Pueden obtenerse de datos agregados o individuales	B. Medidas de dispersión	a) Varianza b) Coeficiente de variación
3. <i>Medidas de efecto del grupo de NSE o de impacto total.</i> Tienen en cuenta no solo el impacto total de NSE sobre la salud sino también el tamaño de los grupos afectados por las desigualdades.	C. Derivados de la Curva de Lorenz	a) Coeficiente de Gini b) Pseudo-coeficiente de Gini c) Índice de concentración d) Índice de concentración generalizado.
4. <i>La escala de medida de las variables de nivel socio-económico.</i> Dependen de la escala de la variable socio-económica.	D. Correlación y regresión	
5. <i>Medidas que incorporan todos los grupos en el análisis o medidas que incorporan una parte de los grupos.</i>	d1) Coeficiente de correlación d2) Regresión estándar d3) regresión en percentiles	a) Coeficiente de correlación a) Índice absoluto basado en la regresión b) Índice relativo basado en la regresión a) Índice pendiente de desigualdad b) Índice relativo de desigualdad
6. <i>Medidas absolutas o relativas.</i> Responde preguntas sobre el riesgo adicional (absoluto) y cuantas veces hay más riesgo (relativas).	d4) RAP basado en la regresión	a) Versión absoluta b) Versión relativa
	E. Índice de disimilitud	a) Índice de disimilitud absoluto b) Índice de disimilitud relativo

Fuente: Borrell C y cols., 2000. [Modificado por el autor].

Críticas a los procesos de medición de las desigualdades-inequidades en salud.

De la mano de la discusión teórica, aunque no como consecuencia estricta de ésta, o quizás de una de ellas, la de corte funcionalista, se presenta el debate científico e ideológico alrededor de varios aspectos metodológicos relacionados con la medición de las desigualdades de salud. Entre los temas centrales de este debate, se encuentra por ejemplo, cuál impacto genera el cambio en el tamaño de las clases sociales sobre la valoración de las desigualdades-inequidades en salud, y si las medidas de desigualdad lo tienen en cuenta (Borrell y col., 2000), o si el reconocimiento de la magnitud de las desigualdades y de sus diferencias entre los

grupos sociales son cosas distintas, existiendo controversias acerca del significado de ambos conceptos y de lo que en verdad se debe medir: las desigualdades en salud, las diferencias entre los grupos sociales en materia de salud o las inequidades propiamente (Murray y col., 2000). Desde esta perspectiva, una conclusión, quizás apresurada pero evidente, es que la falta de definiciones, estrategias de medición e indicadores normalizados ha limitado y seguirá limitando las comparaciones de las desigualdades en salud y los análisis comparativo de los determinantes de esas desigualdades (Gakidou y col., 2000).

Otro asunto que copa el escenario de discusión es el debido a que en general los sistemas de información y los análisis de situación de salud no toman en cuenta la evaluación de las desigualdades, es necesario pugnar para que se midan tanto las desigualdades como primer paso hacia la identificación de las iniquidades en el campo de la salud (Schneider, 2002). Esta afirmación como se ha expuesto ampliamente en párrafos precedentes, denota que desigualdad no es sinónimo de inequidad, por lo que calificar como iniquidad una desigualdad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injustificancia de dichas causas.

De acuerdo con Norberto Dachs (2001) sostiene que el ejercicio de la medición de las desigualdades en salud no se hace por razones "académicas" ya que el interés no es conocer la magnitud de las desigualdades individuales, sino de poder "ubicar" la dirección de estas desigualdades de acuerdo a criterios que sean útiles para intervenir. La complejidad de la medición de la desigualdad ha impreso un abanico de diferentes formas de medición con una gran diversidad de propósitos, a su vez también todo diferentes. Por ello, es indispensable tener muy claro, pero que no siempre está debidamente explicitado por muchos de los investigadores dedicados a este tema, cuáles son los objetivos de los que se quiere medir, por qué se quiere medir y quién va a usar los resultados. En ese sentido, Dachs como muchos autores mencionados arriba, sostiene que no ha sido posible ponerse de acuerdo sobre los que se debe medir y cómo debe medirse, ya se trate del estado de salud, necesidades de salud, acceso, utilización y financiamiento de la atención de salud; y que no se dispone de instrumentos de medición realmente satisfactorios.

Por otro lado, el mismo autor sentencia que sólo es útil la medición de las desigualdades de salud, si por ejemplo, se pretende conocer que la prevalencia de diarrea en menores de cinco años es cinco veces mayor en barrios en los cuales los porcentajes de población con necesidades básicas insatisfechas es superior al 80%, cuando comparado con barrios con 20% o menos de población en tales condiciones. Bajo esta afirmación Dachs argumenta la ubicación geográfica de la población en la cual el problema es mayor, por lo que podemos relacionar este incremento “evitable, innecesario e injusto” con sus determinantes y mecanismos de reproducción para poder entonces actuar, es decir, contemplar e implementar intervenciones que busquen cambiar esta situación de inequidad en salud. Desgraciadamente, concluye el autor, que no siempre los indicadores que miden desigualdad como el índice de concentración se asocia con variables que permitan identificar el problema en términos de su localización y determinantes. Este es el gran problema de una buena parte de las mediciones que actualmente se hacen en los ejercicios que pretende dar cuenta de las desigualdades-inequidades en salud (Dachs, 2001).

Si bien las críticas a los procesos de medición se centran principalmente en la falta de consensos sobre las definiciones o la diversidad de métodos de medición y sus indicadores, también comienzan a ser frecuentes las críticas desde posiciones más duras que tratan de poner al descubierto las interioridades teóricas, filosóficas, éticas, políticas e ideológicas que están detrás o acompañando a muchos procesos de medición de las desigualdades en salud que son las que comúnmente se estudian.

En este sentido, Jaime Breilh (Breilh, 2005) hace un análisis entorno a esta problemática en el reciente Informe Alternativo en Salud (Cuenca, Ecuador, 2005) desarrollado por el Movimiento Medicina Social Latinoamérica hoy conocido como Salud Colectiva. De acuerdo con Breilh, se reconoce que la forma en que se mide la equidad por parte de muchas organizaciones internacionales e incluso muchos investigadores que participan en estos procesos contribuyen a oscurecer la situación de salud al magnificar avances promediales insignificantes de programas nacionales, mientras encubren los grandes problemas, o por lo menos los presentan de tal forma que es imposible establecer sus origen estructural. Como se ha sostenido infinidades

de veces por investigadores de la Medicina Social Latinoamérica, el hecho de que los registros oficiales de muchos países con crecientes inequidades y abismos sociales se repletan de tablas y curvas estadísticas que comprueban una discreta mejoría de algunos indicadores de salud promediales como es el caso de la mortalidad en edades tempranas, no constituyen prueba de la mejoría de la situación integral de la calidad de vida y salud de los grupos de población con diferencias geográficas, clases social o etnia. Peor aún, cuando los indicadores de salud se muestran deteriorados, en la mayoría de las veces éstos aparecen desconectados de la realidad social que los generó, por que las categorías y variables de análisis que usan y las formas en que son elaborados los análisis hacen que estén sistemáticamente ausentes los indicadores de procesos determinantes claves para la salud, como son la concentración económica, la exclusión social, por sólo mencionar dos ejemplos.

El proceso de medición de la situación de salud y en particular el referido a las desigualdades de salud que constituyen o no inequidades enfrente en no pocas ocasiones serios problemas, no solo de tipo ético, sino también técnico al existir grupos técnicos muy bien intencionados que terminan obteniendo resultados falaces. Esto ocurre en opinión del mismo Breilh, no porque sus cálculos encierren errores en sí mismos, sino porque se emplean modelos de análisis que contienen representaciones que solo muestran los efectos en salud sin poner en evidencia los procesos sociales que los generaron, sin mostrar las relaciones de poder que provocan carencias y sufrimiento en la salud y que constituyen barreras que obstaculizan la vigencia de los valores humanos que encierra dichas situaciones de salud.

El Informe Alternativo en Salud presentado en Cuenca, Ecuador, sostiene que los informes convencionales sobre las desigualdades en salud constituyen una renuncia a la equidad en salud. En opinión de los autores, a pesar de que en el cuerpo de los documentos que abordan el tema de la desigualdad-inequidad hay un eventual reconocimiento a la inequidad en los resultados de salud y en el acceso a los servicios de atención de salud, la investigación que las sustenta se basa en corrientes científicas concretas anclados en un paradigma interpretativo específico.

Esto es, que al diseñar y desarrollar la investigación que se emplean conceptos que visibilizan o priorizan algunos hechos y relegan otros, al escoger unas variables y no otras, se muestran las relaciones entre las variables de un modo determinado lo que se traduce en el rescate de cierto tipo de valores. En consecuencia, este conjunto de decisiones y operaciones metodológicas conforman una matriz desde la cual se describen o interpreta la realidad.

El informe concluye sobre la influencia negativa del positivismo como corriente de pensamiento predominante en la confección de los informes de investigación más conocidos, principalmente debido a que por lo común desde esta corriente se suele presentar la realidad de forma segmentada, desconectada de su contexto social e histórico, donde las variables aparecen desprovistas de una comprensión integradora y donde la realidad en salud se atomiza en muchas variables o factores, supuestamente causantes de enfermedad, pero desconectados de los procesos que explican aparición y movimiento; en suma, la mirada de la realidad se hace en pedazos, desconectada o escasamente relacionada en sus partes de forma superficial y mecánica. Breilh (2005) sostiene que aun con suficientes datos e indicadores hablar de desigualdad social urbano-rural, entre los llamados estratos sociales, entre los géneros, etc., puede resultar retórico, si no se relaciona el conocimiento de dichas desigualdades con el estudio de las inequidades que las genera. De ahí la argumentación de que mostrar cifras de desigualdad sin análisis de inequidad es falso.

2.2 La reforma sanitaria y el desafío del logro de la equidad: ¿objetivo o pretexto?. Un análisis crítico más allá de los discursos.

El contexto: la reformas del Estado como modelo para la reforma sanitaria.

Las reformas del sector salud en Latinoamérica han ido de la mano con los fenómenos sociales y económicos de la segunda mitad del siglo XX. De acuerdo con Vergara (2000) el estancamiento económico y el aumento del gasto social de la década de los setenta llevaron a la crisis del modelo de desarrollo¹ basado en “sustitución de importaciones” vigente desde inicios de ese siglo y que dieron paso paulatinamente al modelo de globalización que tuvo su génesis en los años ochenta. En opinión de ese autor, del anterior modelo se pasó a una reestructuración de los procesos productivos y a políticas de ajuste económico que en un inicio centraron su atención en el combate a la pobreza, es decir, en eliminar un conjunto de carencias materiales a través de la repartición equitativa de un volumen fijo de bienes que posee la sociedad, dando como consecuencia el establecimiento de políticas sociales orientadas por entero a mitigar la pobreza mediante subsidios destinados a los más necesitados. Sin embargo, a fines del decenio de los ochenta tuvo lugar una nueva ola de profundos procesos de transformación del modelo de desarrollo ya denominado como hegemónico entrando en juego nuevas reglas económicas, basadas principalmente en la competencia internacional, la eficiencia productiva y la transparencia del mercado de capitales, donde el centro de los esfuerzos, ya no fue el combate a la pobreza, sino la búsqueda de la equidad entendida como el ofrecimiento de mayores y mejores oportunidades para todo el mundo (Vergara, 2000). Con el establecimiento de este modelo hegemónico de tipo neoliberal y basado fundamentalmente en el componente tecnológico, los procesos de transformación del modelo de desarrollo introdujeron esfuerzos importantes para reducir el tamaño del sector público y aislar al Estado adecuando su actividad a reglas y no decisiones. En otras palabras, comenzaba a configurarse un profundo cuestionamiento de las actividades relacionadas con la protección social propias del

¹ El modelo de desarrollo se refiere a la red compleja de relaciones, de carácter global y de largo plazo, que se establece entre una estrategia de crecimiento económico determinada, un esquema de desarrollo social y un régimen de convivencia política. Vergara C. *Rev Panam Salud* 8(1/2), 2000.

Estado de Bienestar bajo los argumentos de que existía una marcada sobrecarga estatal que no solucionaban la crisis económica imperante y que sus acciones respondían estrictamente al interés de mantenerse en el poder.

De esta forma, como señala Celia Almeida (2002), la llamada reforma del Estado, conformó una agenda caracterizada por la centralización de la política macroeconómica, la descentralización y privatización de las burocracias encargada de la provisión de servicios sociales, la introducción de competencias entre los proveedores de servicios (públicos y privados) con la intención de incrementar la eficiencia y calidad, así como la delegación de las funciones de regulación a agencias independientes que velarían por la provisión de servicios, el manejo de las externalidades y la operación del sistema con un número limitado de funcionarios públicos esenciales (Almeida, 2002). En síntesis, como resultado de todos estos cambios, la política social quedó subordinada a la política macroeconómica caracterizada por la inestabilidad económica y social, la flexibilización laboral, aumento del desempleo y del subempleo, el crecimiento de la economía informal, el estancamiento del crecimiento económico, el incremento poblacional y una gobernabilidad débil, lo que trajo aparejado una marcada profundización de las disparidades en la distribución de ingresos y el consiguiente crecimiento de la pobreza y de la desigualdades (Levcovitz, 2002).

Derivado de la reproducción de los procesos de reforma del Estado, se introdujeron cambios similares en todos los sectores que integraban el modelo de desarrollo. En el caso del sector salud, se produjeron profundos cuestionamientos en la política de salud y en la forma en que los sistemas de salud hasta el momento venían siendo organizados y desempeñaban sus funciones. Por ello, en la mayoría de los países de América Latina se adoptaron esquemas que buscaban diversificar las fuentes de financiamiento de los servicios de salud para ampliar su cobertura, favoreciendo políticas de gasto orientadas a la producción de servicios personales de salud, frecuentemente restando importancia a los programas de salud pública. Con esta tendencia se observaba un evidente abandono de los modelos redistributivos desarrollados por el Estado benefactor, apareciendo las fuerzas del mercado en la distribución de los recursos para la salud y en la provisión de los servicios, dejando al

primero solamente la función de diseño y ejecución de la regulación de dichas actividades (Infante, 2000).

En este complejo proceso de reproducción de las transformaciones planteadas para el sector salud, lo jugaron un conjunto de agencias multilaterales u organismos internacionales de cooperación técnica internacional en materia de salud, cuyo papel se ha calificado de singular trascendencia en la arquitectura y posterior rumbo desarrollado por los procesos de reforma en buena parte de los países de la región. En esencia, el efecto principal del rol jugado por las agencias ha sido la suplantación de las instituciones nacionales específicamente destinadas a enfrentar los retos de las transformaciones de la salud en los países de América Latina en virtud del proceso de globalización, al convertir el tema de salud dentro de la reforma sanitaria en un tema fundamentalmente económico con escasos matices sanitarios (Díaz-Polanco, 2004). El ejemplo más impactante de la gran influencia y determinación en materia de reforma sanitaria en la región lo podemos encontrar en los casos del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), quienes con base en la trascendencia relativa de los sistemas de seguridad social primero y la creciente importancia de los presupuestos de salud de los Estados después, impusieron su política de mercado en salud, con una visión eminentemente economicista marcada por la suficiencia de recursos financieros y el supuesto mejor desempeño organizativo de las instituciones prestadoras de servicios de salud no incluidas en el modelo público (López-Arellano, 1993), trayendo como consecuencia desde los inicios de los noventa el desplazamiento y, suplantación en muchos casos, de las tradicionales instituciones internacionales de cooperación técnica en salud como la propia OMS y su versión regional para el continente, la OPS.

Los sistemas de salud en el centro de la reforma sanitaria.

Con la aplicación de los principios fundamentales de la reforma del Estado al sector salud dos ejes centrales dominaron el escenario sanitario: la contención de costos de la atención médica para la búsqueda de mayor eficiencia y, el aumento de la participación del usuario en el pago de los servicios que recibe o utiliza (Almeida,

2002). La revaloración del papel del Estado en el ámbito de la salud, impulsada de forma especial por la visión del Banco Mundial dejó "casi huérfano" a los sistemas de salud de muchos países, pues sólo limitó su papel a los campos de la regulación sanitaria con una proactividad singular anclada en lo que López-Arellano llama un enfoque selectivo del quehacer público en el financiamiento y producción de servicios de salud. Dicho de otra forma, la intervención distributiva del Estado se transformó modificando sustancialmente el carácter de la política social a través de dos estrategias diferentes pero complementarias: la participación de la iniciativa privada en la producción de servicios de salud que supone una mayor rentabilidad económica reguladas a través de las fuerzas oligopólicas del mercado y la profundización de la acción selectiva del Estado a través de programas particulares como el combate a la pobreza extrema (López-Arellano, 2001)

El impacto de estas transformaciones a nivel del Estado y producto del auge y la fuerza con que se estaban dando los procesos de reforma en salud, se construyeron durante los años noventa consensos en la reestructuración de los servicios de atención a la salud emergiendo sistemas de salud difundidos posteriormente como nuevos modelos. En ese sentido, parecería estar de acuerdo como expresara Celia Almeida (2002) en que la racionalización de la atención médica era necesaria y debía estar aparejada con la disminución del gasto hospitalario y redimensionamiento de la atención ambulatoria, domiciliaria, de atención primaria y de salud pública; la separación de las funciones de provisión y financiamiento de servicios de salud con fortalecimiento de la actividad reguladora del Estado; así como la construcción de mercados regulados o gerenciados con la introducción de mecanismos competitivos; y utilización de subsidios e incentivos más diversos, procurando el *mix* público-privado con la quiebra consecuente y paulatina del monopolio estatal (Almeida, 2002).

Producto de la ola de estas "buenas nuevas" en el sector salud, quedaron atrás los diversos modelos de sistemas de salud que en su momento constituyeron paradigmas sobre cómo organizar e implementar servicios de salud, a saber, las campañas sanitarias de los años veinte, el modelo del seguro social tipo bismarckiano de fines de los cuarenta -todavía hoy presente en varios países-, la

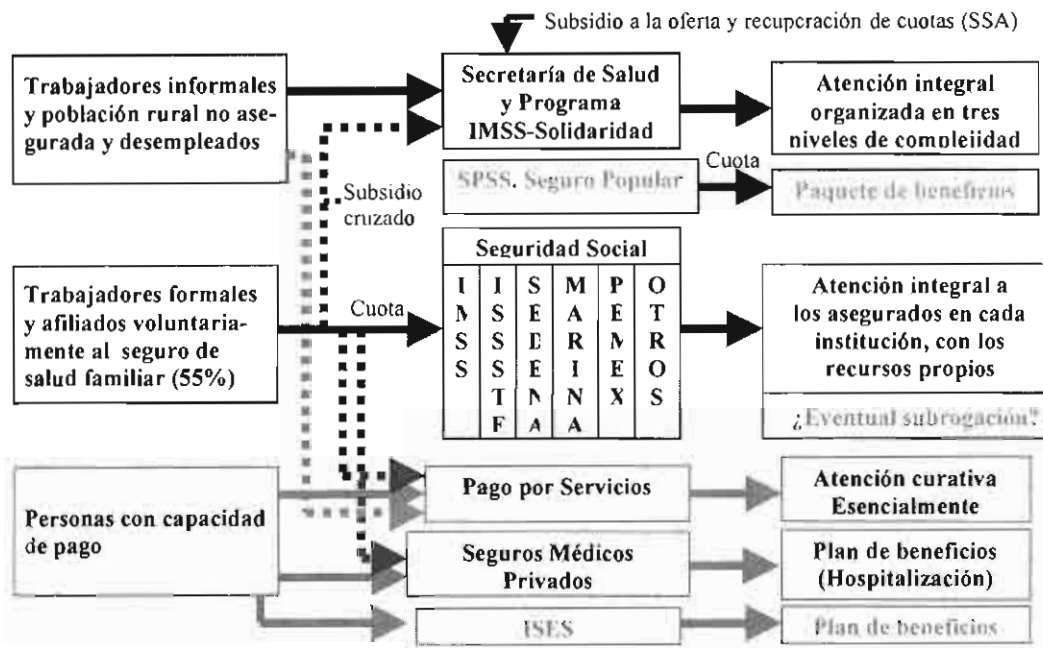
conformación del “Welfare State” con predominio entre los años cincuenta y setenta principalmente, y los modelos de extensión de cobertura basados en la atención primaria después de Alma – Ata con gran auge entre los setenta y los ochenta, para dar paso en los años noventa al modelo de sistema de salud actual (Levcovitz, 2002).

Un análisis más detallado sobre el desarrollo de los sistemas de salud -propósito mucho más allá del alcance de este trabajo- mostraría como mediante la combinación de fuerzas, económicas, políticas y culturales cada país ha desarrollado un sistema de salud propio muy acorde a la realidad nacional de cada uno de ellos. Sin embargo, sin negar esta especificidad, algunos esfuerzos identifican patrones comunes que atraviesan los sistemas de salud de los países de la región, como se puede ver en la propuesta de tipología clásica de los sistemas de salud hecha por Milton Terris en 1980², misma que si bien ejerció gran influencia en el desarrollo del sector salud en casi todos los países de América Latina, en ninguno de ellos es posible observar esos modelos universales totalmente implantados, quizás con la excepción de Brasil, Canadá, Costa Rica, Cuba y el Caribe Inglés. Por el contrario, predominan en la mayoría de estos países de la región Latinoamericana los llamados *sistemas de salud segmentados*, los cuales representan una compleja combinación de formas de organización y gestión de los servicios de salud. Otra aproximación un poco más apegada a esta última afirmación sobre los modelos de sistemas de salud actuales -únicos, segmentados y mixtos- se puede encontrar en la propuesta hecha por Frenk y colaboradores (1998), la cual describe una tipología de los modelos de sistemas de salud³ que recoge en síntesis la compleja integración de dos componentes esenciales: poblaciones usuarias de servicios e instituciones que los prestan o gestionan dando lugar a la tipología propuesta por este autor.

² Ver Terris M. The Three World Systems of medical Care: Trends and Prospects. *American Journal of Public Health*, 1980; 68:1125-1131.

³ Ver Frenk J. Londoño JL. Pluralismo estructurado: una visión para el futuro de los sistemas de salud en América Latina. En: Bezold B, Frenk J, McCarthy S (Editores). *Atención a la Salud en América Latina y el Caribe en el Siglo XXI*. Institute for Alternative Future. Fundación Mexicana para la Salud. México DF, 1998.

FIGURA 1. ESQUEMA DE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO, 2002.



Fuente: Molina y col.(2005). El Sistema de Salud en México. Ejercicio de Análisis de La Cooperación Técnica de la Representación de la OPS/OMS en México.

En resumen, a inicios del nuevo siglo, en la mayoría de los países de América Latina la característica esencial de los sistemas de prestación de servicios de salud es la separación entre tres sectores principales: el sector de la *seguridad social* con financiamiento multipartito, organizado en distintas modalidades y da servicios al sector productivo de la economía, pero en la actualidad con serios problemas de sostenibilidad; el *público* con financiamiento gubernamental, encabezados por los ministerios de salud y enfocados en la población no asegurada, aunque no de manera exclusiva, pero cuya estructura y finanzas es cada vez más débil; y el *privado*, en pleno auge, tanto en su consolidación como alternativa viable según sus defensores, como en la consolidación de una oferta escasamente regulada especialmente dirigida a la población con capacidad de pago. Como consecuencia de este esquema, hay acceso segmentado de los grupos sociales a los servicios de salud cada vez más fragmentados, donde el elemento distintivo es la capacidad financiera y un traslape importante entre la población cubierta por uno y otro sector (Musgrove, 1991). Un ejemplo que capta la complejidad de esta situación es la

representación esquemática que hacen Molina y colaboradores (2005) del actual sistema de salud de México (Figura 1), cuya transformación actual agregan a los sectores tradicionales descritos como nuevos prestadores de servicios de salud tales las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) y nuevos esquemas de financiamientos en salud como el llamado Seguro Popular (Molina, 2005).

Principios y ejes de la reforma sanitaria: orígenes y desarrollos.

Los procesos de reforma en América Latina encuentran su referente obligado en las reformas realizadas en los países centrales: en Estados Unidos, el modelo de *Atención Gerenciada y Competencia Administrada* desarrollado en los años ochenta con el objetivo de contener los altos costos de la atención médica y la alta inflación del sector salud al tiempo que se preservaba el libre mercado en este sector; y en Inglaterra, las reformas al *Servicio Nacional de Salud* en los años noventa, fundamentalmente como respuesta a las ineficiencias organizativas del sector público y al dominio de las corporaciones privadas que defendían el predominio de lo económico en detrimento de los principios de protección social hasta el momento base de dicho sistema (Almeida, 2002). Sin embargo, los procesos de cambio sectorial en América Latina, no obedecieron estrictamente a los excesos de gasto o a la ineficiencia de operación del sistema, aunque también eran evidentes, sino a la exacerbación de las desigualdades especialmente en la distribución de los ingresos, de los servicios y de los beneficios, con marcado deterioro de las condiciones de vida de la mayoría y el crecimiento de la pobreza de grandes núcleos poblacionales (López-Arellano, 1993)

En opinión de García y Tobar (1997) con la crisis del estado providencial, los argumentos en contra de retirar la responsabilidad del Estado en su papel de proveedor del Estado de Bienestar y en consecuencia reducir su participación en la solución de los problemas, así como el debilitamiento del sector público en la añeja administración por más de 40 años de la mayoría de los sistemas de salud de los países, evidenciaron las limitaciones del modelo público en la región para garantizar una adecuada provisión de los servicios de salud (García, 1997). Una síntesis de

estas argumentaciones es la ofrecida por Langer y Nigenda (2001) al señalar que entre los principales problemas de tipo organizacional del modelo público se encuentran: a) la inequidad y la falta de acceso universal a los servicios públicos; b) insuficiencia de recursos y desabasto; c) ineficiencia técnica; d) falta de normas técnico-administrativas; e) baja productividad; f) distribución inadecuada de los recursos humanos y crecimiento desarticulado de las unidades; g) saturación de las capacidades de atención de las hospitales; h) infraestructura deficiente; i) falta de equipo y de mantenimiento; j) demanda insatisfecha; k) deficiente calidad de los servicios; l) exceso de médicos en zonas urbanas e insuficiencia en zonas rurales; y m) preparación profesional inadecuada (Langer, 2001).

La combinación de los factores anteriores, aunado principalmente a la influencia creciente de las transformaciones del sistema de salud norteamericano y de forma particular al papel protagónico de las instituciones internacionales lideradas por el Banco Mundial⁴, configuran el escenario “necesario” para el lanzamiento de la llamada iniciativa de reforma de los sistemas de salud en América Latina, posteriormente secundada por varias agencias de cooperación internacional como fue la propia OMS/OPS y con pleno respaldo de los gobiernos en turno de una buena cantidad de países de la región inscritos en los ya denominados procesos de modernización neoliberal. En síntesis, dicha iniciativa, contemplaba principios como la opción macroeconómica para la estabilización y ajuste de la economía, el debilitamiento del papel del Estado en la prestación de servicios de atención médica a la población, la reestructuración del *mix* público-privado, y la focalización de la atención pública en los sectores pobres, desprotegidos y más necesitados a través de paquetes básicos de servicios de salud y subsidios. Son estos argumentos, los que conforman la idea de que la primera propuesta de reforma sectorial moderna -se habla de tres generaciones de reforma hasta el momento- para muchos países de América Latina sea basada en un esquema de competencia administrada, traducida

⁴El Banco Mundial expresa su interés creciente entorno a la cuestión social y en particular sobre los sistemas de salud en una serie de documentos como la Agenda para la reforma (1987), informes del desarrollo mundial dedicado a la pobreza de 1990 y de la inversión en salud de 1993.

bajo el nombre de Pluralismo Estructurado propuesto por Londoño y Frenk en 1995⁵, que no es más que la versión “tropicalizada” del modelo de Competencia Administrada y Atención Gerenciada de Estados Unidos aplicada con correcciones domésticas al contexto Latinoamericano.

Con base en estos presupuestos, las definiciones de reforma del sector salud han incorporado, ámbitos, funciones y objetivos muy variados acorde a las realidades nacionales, al pensamiento de los grupos de actores que las protagonizan en cada país y al momento de desarrollo del modelo estructural u organizacional que se privilegie. No obstante, existe consenso en que la reforma sanitaria es en esencia la puesta en práctica de cambios fundamentales en la estructura y funciones del sistema de salud con el objetivo declarado de lograr mayor equidad y eficiencia en los servicios de salud (Ver Cuadro 3). En otras palabras, los procesos de reforma del sector salud introducen un conjunto complejo de cambios en las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios que transforman radicalmente las características de los sistemas sanitarios de los países, pero dichos procesos no se dan de la misma forma, ni a la misma vez, y hoy se sabe que en la mayor parte de los países se instrumentaron en la última década del siglo XX, aunque en países como Chile y Cuba las transformaciones más sustanciales fueron introducidas por lo menos un decenio previo (Molina, 2004). Visto así, la reforma debería implementar cambios significativos a nivel nacional en las políticas, programas y procedimientos con respecto a las metas y prioridades; leyes y reglamentos; servicios de salud; y fuentes y mecanismos de financiamiento y de asignación de recursos.

⁵ Ver Frenk J, Londoño JL, Knaul F y Lozano R, Los Sistemas de Salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro. En: Bezold C, Frenk J, MacCarthy S (Editores). *Atención a la Salud en América Latina y el Caribe en el Siglo XXI*. Institute for Alternative Future. Fundación Mexicana para la Salud. México DF, 1998.

CUADRO 3. SÍNTESIS DE LOS CONTENIDOS E INTERESES EXPRESADOS EN ALGUNAS LAS DEFINICIONES DESARROLLADAS SOBRE REFORMA DEL SECTOR SALUD.

Aspectos de interés	Definición
<ul style="list-style-type: none"> • Organización de la estructura del sistema de salud. • Funciones de rectoría, prestación, aseguramiento, financiamiento. • Satisfacción de necesidades de salud 	<p>Proceso orientado a introducir cambios sustantivos en instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión, la efectividad de sus prestaciones, para la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de un proceso cambiante, complejo e intencionado, realizado durante un período determinado de tiempo a partir de las coyunturas que lo justifican y viabilizan (Levcovitz, 2004)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria. • Actores públicos y privados en la prestación de servicios de salud 	<p>La reforma busca cubrir la totalidad del sistema de un país, esto es, la medicina preventiva, curativa y los servicios público; los sectores públicos y privados; la atención primaria, secundaria y terciaria. La reforma así mismo, implica un proceso que afecta a más de un establecimiento, proveedor, programa, institución o ubicación geográfica (Berman, 1995)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Direccionalidad y permanencia de las transformaciones del sistema de salud • Multiplicidad de actores dentro y fuera del sector salud • Proceso político más que técnico. 	<p>Una reforma del sector salud se presenta como una acción deliberada y planificada destinada a lograr cambios permanentes en el largo plazo, no es una acción de emergencia o <i>ad hoc</i>. Busca solucionar los principales problemas del sistema de atención de salud de un país e involucrar a muchos actores instituciones y partícipes. El diseño y la implementación de la reforma del sector salud es un proceso eminentemente político (Hannan, 2000)</p>

Para entender los conceptos que sustentan las diferentes estrategias de reforma, quizás convenga definir de manera puntual las principales o las que comúnmente forman parte del paquete de reformas sanitarias promovidas en los países de América Latina y serán objetos de análisis y contrastación desde la evidencia empírica por la presente investigación, a saber:

*Aseguramiento y cobertura de la prestación de servicios de salud*⁶. Del análisis de los países de la Región, examinados en conjunto, se desprende que las políticas implantadas para extender la cobertura son fundamentalmente de dos tipos. Algunas reconocen directa y expresamente el carácter *universal* de la prestación; otras tienden a la *focalización*. Asimismo, dentro de dichas políticas se advierten

⁶ El resumen de las principales estrategias puestas en prácticas por las actuales reformas sanitarias fueron extraídas de Madies CV, Chiarvetti S y Chorny M. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en la reformas del sector salud. *Rev Panam Salud Pública* 8(1/2), 2000:33-42.

distintas estrategias para extender la cobertura cuyo objetivo no siempre aparece claramente revelado. Las estrategias pueden clasificarse en los siguientes grupos:

1. Estrategias destinadas a mejorar la eficiencia (atención primaria de la salud, participación de las ONG, creación del sistema nacional de salud, etc.). Por ejemplo, la atención primaria de la salud es una tendencia sostenida por todos los países. La participación de las ONG es importante en Argentina, Chile, Perú, Trinidad y Tabago y Uruguay.
2. Estrategias para mejorar la productividad de los servicios: 1) fortalecimiento de la red de servicios (Ecuador, Honduras y Panamá); 2) paquete de servicios básicos (Argentina, El Salvador, Honduras, Jamaica, México, República Dominicana y Uruguay); 3) autogestión de hospitales (Argentina, Brasil y Chile); y estándares de calidad (Argentina, Barbados, Granada y San Vicente y las Granadinas).
3. Estrategias orientadas a aumentar la participación local y a adaptar los servicios a las necesidades y condiciones locales (como los sistemas locales de salud en las Bahamas; la participación comunitaria en las Bahamas, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Honduras, México, Nicaragua, República Dominicana, Surinam y Venezuela; y la descentralización en Argentina, Brasil, Ecuador, Granada, México, Panamá, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Venezuela).
4. Estrategias destinadas a reducir la exclusión financiera y cultural (aumento de la cobertura de la salud mediante el seguro social y la introducción de modelos de seguros básicos de salud; reforma de los modelos de pago y copago). Constituyen ejemplos Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Granada, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Venezuela.
5. Desarrollo de programas focalizados (programas de alimentación complementaria, extensión de los programas de vacunación, programas de ampliación de la cobertura a zonas rurales, programas de protección social para grupos de bajos ingresos). Todos los países sostienen este tipo de estrategias.

*Financiamiento de los servicios de salud*⁷. El financiamiento de un sistema de salud se define como la movilización de recursos financieros de sus fuentes como los hogares, empresas, gobiernos y organismos internacionales; su acumulación en fondos del tipo de los del seguro social, presupuestos públicos, ahorros familiares, y su distribución subsecuente para la producción o compra de servicios (Merino-Juárez, 2002).

En la actualidad, el financiamiento de los sistemas de salud se gestiona a través de un sistema denominado de Cuentas Nacionales de Salud (CuNaSa) que consiste en un conjunto de información financiera que da seguimiento a los recursos, tanto públicos como privados, que se invierten y consumen en la producción de salud. Este sistema debe ser capaz de generar información sobre flujos financieros, complementar las estadísticas del sistema de cuentas nacionales y crear la información necesaria para el análisis del gasto en salud. Asimismo, debe permitir evaluar el desempeño del sistema de salud y contribuir a la rendición de cuentas sobre el uso de los recursos públicos. La información obtenida a través del sistema de CuNaSa también permite apreciar la distribución de los recursos financieros hacia servicios y programas, la eficiencia con la que operan las instituciones, los recursos con los que se cuenta para atender las prioridades de atención y el nivel de apoyo financiero a los grupos vulnerables. En resumen, las CuNaSa constituyen una herramienta fundamental para la planeación, la toma de decisiones, la transparencia y la rendición de cuentas (Merino-Juárez, 2002).

*Descentralización de los servicios de salud*⁸. El término descentralización ha sido empleado para definir una variedad de reformas caracterizadas por la transferencia de autoridad fiscal, administrativa y/o políticas respecto de la planificación, la administración o la prestación de servicios desde el Ministerio de Salud central hasta instituciones alternativas. Las instituciones receptoras pueden ser direcciones

⁷ Las definiciones sobre financiamiento en salud fueron extraídas de Merino-Juárez. MF. Gasto Público en Salud 1999-2000: síntesis ejecutiva. Secretaría de Salud. México DF, 2002.

⁸ Las definiciones sobre descentralización fueron tomadas de la publicación “La descentralización de los sistemas de salud en América Latina: Un análisis comparativo de Chile, Colombia y Bolivia. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud. Organización Panamericana de la Salud, junio 2000.

locales o regionales del mismo ministerio, gobiernos municipales o provinciales, agencias de servicio público independientes, u organizaciones del sector privado.

Se esperaría que la descentralización mejorara el desempeño del sector salud en varias formas, incluyendo: (1) una mayor eficiencia distributiva a través de la adaptación en la combinación de servicios y gastos según las preferencias de los usuarios locales; (2) una mayor eficiencia productiva a través de una mayor conciencia de costos a nivel local; (3) innovación en la prestación de servicios mediante la experimentación y la adaptación de las condiciones locales; (4) una mayor calidad, transparencia, responsabilidad y legitimidad debido a la participación y la observación del usuario en la toma de decisiones; y (5) en una mayor equidad a través de la distribución de los recursos hacia regiones y grupos tradicionalmente marginados.

La reciente proliferación de las políticas de descentralización es parte de un proceso global de reformas políticas, económicas y técnicas, impulsadas desde el Banco Mundial, mismas que según esta institución promueven la democratización y la modernización neoliberal del estado. En síntesis, las políticas de descentralización buscan la descentralización institucional y territorial como una manera de introducir competencia y conciencia de costos en el sector público, al tiempo que desarrolla un nuevo papel para el Estado en cuando a “permitir” y “guiar” en vez de participar directamente en las actividades del sector privado.

Según Rondinelli (1981), las principales categorías de la descentralización son tres: la desconcentración, la delegación y la devolución.

La *desconcentración* es generalmente la más común y limitada forma de descentralización. Involucra la transferencia de funciones y/o recursos hacia las direcciones regionales o locales de la agencia de gobierno central que corresponda. En el sistema desconcentrado la autoridad permanece en la misma institución, por ejemplo el ministerio de salud, pero se “reparte” hacia las instancias territorialmente descentralizadas de esta institución.

La *delegación* implica la transferencia de autoridad, funciones y/o recursos hacia una institución autónoma, sea privada, semi-pública o pública. Esta institución

asume entonces la responsabilidad por un rango de actividades o programas definidos por el gobierno central, generalmente a través de mecanismos contractuales.

La *devolución* es la cesión de funciones y recursos sectoriales a gobiernos locales autónomos, que en alguna medida, asumen entonces la responsabilidad por la prestación de servicios, la administración y las finanzas.

Tendencias de la reforma sanitaria al cierre de los años noventa.

Las políticas nacionales de salud que guían a la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe han pretendido promover principios como los mencionados, pero en muchos países también los procesos de reforma han incorporado otros principios como la universalización, la intersectorialidad, la protección financiera, certidumbre sobre derechos, extensión sobre la protección social en salud y la subsidiaridad del sector público, entre otros (Molina, 2003).

De acuerdo con analistas y organizaciones de cooperación técnica, al cierre de la década de los noventa para América Latina se pueden identificar claramente cinco principales estrategias desarrolladas en el marco de los procesos de reforma en salud, todas estrechamente vinculadas a las funciones que han venido desempeñando los sistemas nacionales de salud, a saber,: i) las transformaciones en torno a la regulación de la atención, productos y servicios; ii) diversificación de las fuentes y mecanismos de financiamiento públicos y privados; iii) fortalecimiento de la prestación de servicios de salud por parte de los ministerios de salud y en menor frecuencia los seguros sociales; iv) ampliación de la cobertura de los servicios de salud mediante el ofrecimiento de los conocidos paquetes básicos, seguros y microseguros y esquema de pagos, co-pagos y de recuperación de cuotas con participación del sector privado dentro del sistema; y v) la descentralización de los servicios de salud como alternativa para lograr la ampliación de la participación ciudadana en salud.

Si bien estas estrategias pueden agrupar a diversas iniciativas puestas en marcha en la mayoría de los país, el grado de avance en la implantación y desarrollo de estas

estrategias ha sido variable y ha estado especialmente matizado por las coyunturas políticas, económicas y sociales que dibujan el contexto nacional de los países de América Latina. Es por ello, que los resultados de los procesos de reforma, al igual que los cambios adoptados son propios de cada país y no admiten encontrar un patrón idéntico para un grupo de países (Infante, 2000; Molina, 2003). Sin embargo, han existido esfuerzos por sistematizar los principales cambios en el modelo de gestión de los servicios público de salud en la región (Ver Cuadro 4). Dicho de otra forma, no es posible trazar una línea recta y uniforme entre el planteamiento de cómo concebir una estrategia, ponerla en marcha y medir sus efectos. No obstante, a continuación se describe una síntesis de las tendencias que han sido identificadas por algunos autores e instituciones con intereses en la implantación y evaluación de los procesos de reforma en el continente.

1. La *regulación* de la normativización de la atención a la salud y de productos y servicios, que en casi todos los países afectó a los tres tipos principales de instituciones prestadoras de servicios de salud, fue particularmente notable para el sector privado que era el menos regulado en la práctica establecida (Infante, 2000).
2. La función de *financiamiento* como resultado de la reforma mostró un incremento de los fondos público invertidos en el sector salud, principalmente debido en varios países por los préstamos de instituciones financieras internacionales y donaciones de agencias bilaterales de cooperación, o debido a programas específicos del tipo Salud, Educación y Alimentación financiados por el Estado. En algunos países, particularmente aquellos que implementaron modelos de competencia administrada, se incrementó la concentración de fondos en los prestadores privados, fundamentalmente a expensa del traslado de fondos de la seguridad social, como es el caso de Chile, Argentina y Nicaragua, o debido al traslado de fondos o la subrogación de servicios públicos hacia el sector privado (Molina y Pinto, 2000).
3. En la *prestación de servicios*, un primer saldo para muchos países fue el incremento de las acciones de salud y cobertura de la población por parte de los

ministerios de salud y en menor frecuencia los seguros sociales. La prestación de servicios también experimentó un aumento por parte del sector privado, principalmente cuando se instrumentaron esquemas entre prestadores públicos y privados, rompiendo la tradicional segmentación de acceso de la población a los servicios de salud (Molina, 2004).

4. La *ampliación de cobertura* fue la principal estrategia puesta en marcha para reducir la exclusión en salud, en general dirigida a toda la población, pero esencialmente a la población más vulnerable y menos atendida por los sistemas de salud de la mayoría de los países. Los *paquetes básicos* de servicios de salud, que combinan intervenciones curativas en lo fundamental y preventivas escasamente, todas con alto grado costo-efectivo, fue la iniciativa más difundida para el logro de la ampliación de cobertura, pero no la única (Langer, 2001). También se instrumentaron *seguros y microseguros* para población pobre y marginada y *conjuntos de prestaciones garantizados* para la población no asegurada por los servicios de seguridad social (Molina, 2004). Otras, fue la introducción de *pagos, copagos y el cobro de cuotas* a usuarios al momento de usar los servicios, incluso a poblaciones que viven en condiciones de pobreza y de pobreza extrema, imponiendo en no pocos países un serio límite al acceso a los servicios (Creese, 1991; Stewart, 1999).
5. La *participación del sector privado dentro del sistema* con la finalidad de incrementar de eficiencia, productividad y la eficacia de los servicios, fue una estrategia central desarrollada por la reforma en la mayoría de los países, principalmente a través de iniciativas que propiciaran la integración "natural" de este sector en el sistema de salud (Langer, 2001). En países como Argentina, Colombia, México, Perú entre otros, la reforma ha pretendido la integración funcional de la seguridad social, las cuales cubren junto al sector público gran parte de la población.
6. Por último, la *descentralización* que ha sido estrategia adoptada por la mayoría de los países comprometidos con los procesos de reforma para lograr la ampliación de la participación ciudadana en salud. Con la descentralización se

buscó transferir las funciones de elaboración de presupuesto y administración de fondos para la provisión de servicios de los niveles centrales a los locales o municipales, a fin de que estos últimos operen de manera autónoma, es decir, que puedan tomar decisiones sobre cómo y en qué se aplican los recursos para desarrollar los programas y prestar los servicios (Bossert , 2000).

CUADRO 4. PRINCIPALES CAMBIOS EN EL MODELO DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA COMO RESULTADO DE LA REFORMA.

Estrategias de cambios	Iniciativas inscritas por estrategia
Reducción de la exclusión en salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creación de seguros para población pobre y marginada 2. Instrumentación de paquetes de servicios de salud (básicos, esenciales, obligatorios, esenciales, garantizados, etc.), 3. Esquemas de pagos y co-pagos a la hora de recibir los servicios, 4. Programas focalizados de atención como los de alimentación, vacunación, indígenas, materno-infantil
Incremento de la eficiencia y la productividad de los servicios de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incremento de la atención médica ambulatoria 2. Estrategias de control y contención de costos 3. Subrogación de servicios a terceros 4. Impulso a la autogestión hospitalaria 5. Establecimiento de programas de medicamentos genéricos 6. Desarrollo de acuerdos de gestión
Aumento de la eficacia de las intervenciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento del enfoque familiar en la atención primaria 2. Incremento de la promoción de salud y la prevención de enfermedades 3. Mayor vigilancia, control mercantilización de la atención médica
Mejoramiento de la calidad de los servicios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Replanteamiento a la normatividad técnica de los sistemas y subsistemas de servicios 2. Acreditación de establecimientos de salud 3. Certificación de profesionales en los servicios de salud 4. Evaluación de tecnologías en salud 5. Fortalecimiento de los mecanismos de información del usuario de servicios
Ampliación de la participación de población en los servicios de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ampliación de la participación de la población y de los niveles administrativos inferiores en la gestión de los servicios de salud 2. Adecuación de los servicios de salud a las necesidades y condiciones locales 3. Descentralización de los servicios de salud 4. Creación de comités ciudadanos a nivel local 5. Renovación del énfasis en la responsabilidad individual por la salud

Fuente: Adaptado de Molina y col. (2003). Procesos de Reformas de salud en América Latina.

La reforma sanitaria desde la postura de los que “creen en la reforma”.

Desde la opinión de Langer y Nigenda (2001), los procesos de reforma en salud han planteado la introducción de una serie de modificaciones específicas y altamente efectivas que buscan superar los problemas del modelo público al pretender ampliar la cobertura de los servicios de salud especialmente de la población de más bajos recursos; mejorar la eficiencia en el gasto desarrollando innovaciones financieras; reorganizar los esquemas de prestación de servicios combinando diversas modalidades; así como aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud en su conjunto al mejorar la calidad de la atención. Para estos autores la reforma ha: a) ampliado la cobertura de los servicios de salud especialmente de la población de más bajos recursos; b) mejorado la eficiencia en el gasto; c) desarrollado innovaciones financieras; d) reorganizado los servicios; d) aumentado la capacidad de respuesta del sistema de salud; e) mejorado la calidad de la atención. En el nivel operativo, los componentes de los programas de reforma involucran la definición de: a) una política de salud y de un modelo administrativo orgánico y funcional; b) el mejoramiento de los servicios y la simplificación de las gestiones; c) la administración financiera integrada; e) la racionalización institucional y la creación de un servicio civil de carrera; f) la descentralización de los servicios; g) la transferencia de empresas públicas; h) el fortalecimiento sectorial; i) la actualización tecnológica; y j) la modernización de la gestión, la coordinación y la divulgación del programa de reforma (Langer, 2001).

Expertos de la OMS sostienen que las reformas que han mostrado mejorar la salud y de reducir los costos se han concentrado en los cambios del comportamiento de los prestadores de los servicios de salud a nivel de los hospitales y centros de salud, y afirman que las reformas parecen dar mejor resultados cuando se aplican gradualmente y no todas al mismo tiempo (Vienonen, 1999). En el continente americano otros expertos consideran de igual forma que la reforma ha funcionado en alguna medida y en otras no, y que esto, varía de un país a otro (Infante, 2000). Ejemplos del primer caso se presenta como logro de la reforma sanitaria, las modificaciones en el marco jurídico en materia de salud especialmente en los referente al fortalecimiento de la capacidad rectora del sector salud, la separación de

funciones y a las transformaciones de la seguridad social en más de la mitad de los países de Centroamérica y el Caribe y en casi todos los países de la Región Andina (OPS, 2002).

En este sentido, se muestran como sustantivos avances de la reforma la incorporación de los derechos ciudadanos de salud en las constituciones política de los Estados; la redefinición (no siempre implementación) por la mayoría de los países de las funciones que deberá cumplir la autoridad sanitaria unido a la creación de nuevas instituciones que potencializan las funciones de regulación, financiamiento y provisión de servicios. Estos dos últimos aspectos que suelen también presentarse como logro de la reforma es lo relacionado con la función de financiamiento y gasto que cumplen todos los sistemas de salud, no obstante, las consideraciones emitidas sólo señalan la introducción de medidas para modificar la composición del financiamiento en algunos países, así como el mejoramiento de los sistemas automatizados de información (sistema de cuentas nacionales de salud) sobre esta función; y el diseño y puesta en práctica de programas específicos que han incrementado la cobertura de los servicios de salud y la consolidación como alternativa viable de la oferta de un conjunto básico de acciones de salud (paquetes básicos) con énfasis en aspectos preventivos para la población no asegurada que vive en el medio rural.

De forma muy particular el desarrollo de modalidades de descentralización de servicios de salud parece ser la "estrategia de oro" de la reforma, dado que casi todos los países han iniciado o implementado procesos de este tipo, aunque orientadas a una desconcentración de la gestión administrativa de las instituciones públicas prestadoras de servicios. En este aspecto, muchos "reformistas" reconocen que los resultados de la descentralización han sido variados en sus tiempos de implantación y formas de ejecución, teniendo muchas dificultades en la inmensa mayoría de los países, siendo la más importante de ellas, que la transferencia de responsabilidades no se acompaña siempre de la transferencia de recursos financieros, imprescindible para que las tareas se puedan llevar a la práctica. También se reconoce que las funciones se delegan del nivel central al local sin que en éste haya personal capacitado para asumirlas (Green, 1992). Sin embargo, el

cuestionamiento a los logros del proceso de descentralización ha llevado a nuevas propuestas de gestión de servicios, entre ellas, el modelo de unidad de servicios con autonomía de gestión, la mezcla público-privado en la provisión de servicios, la competencia entre proveedores, y los mecanismos de pago ligados a la productividad (Langer, 2001).

La modificación de los modelos de atención y como consecuencia la “diversificación y adecuación” de oferta de servicios de salud a través del fortalecimiento del componente de aseguramiento basado en la demanda, es otro de los contenidos que se sostienen como punta de lanza de los procesos de reforma. Así, la introducción de modalidades de aseguramiento (seguros de salud) dirigida a la población no asegurada devino como prioridad y centro de la reforma en algunos países, lo que trajo como resultado la necesaria incorporación de diversos actores y sectores hasta el momento marginados de los procesos de atención a la salud. El más importante de todos ha sido el sector privado, cuya participación según los que creen en la reforma, es necesaria, independientemente del grado de desarrollo de los mecanismos de regulación de la atención a la salud y de productos y servicios. En opinión de sus analistas la lógica del mercado en el campo de la salud, requiere únicamente de mecanismos de regulación que al mismo tiempo garanticen la asignación de recursos y aseguren la calidad de su distribución, y esta acción no tendría necesariamente que generar conflictos. Una modalidad de integración de los servicios privados al sistema de salud puesta en práctica con la reforma, es a través de su contratación por medio de fondos públicos; sus defensores, esgrimen que los fondos pueden distanciarse de los proveedores y enfocarse en la asignación o distribución de los recursos y que el contrato es en sí mismo una herramienta para modificar el comportamiento de los proveedores. Desde esta postura, existe el presupuesto de que hay un valor en la competencia y las estructuras de servicio asociadas con la organización privada, la creencia de que el proceso de contratación es suficiente para inducir el mejoramiento por sí mismo y que sólo bastan lineamientos públicos para la distribución de los recursos (Frenk y col., 1999; Langer, 2001).

Finalmente, en términos de la equidad en salud -objetivo central de los procesos de reforma sanitaria- sus defensores consideran que aún es limitada la evidencia que permite relacionar a la reforma con el logro de la equidad (OPS, 2002b), ya que no se cuenta con información suficiente sobre el impacto alcanzado en la reducción de las brechas de cobertura, distribución, acceso y uso de recursos en la mayoría de los países. En América Latina, los ejemplos difundidos sobre cobertura de los servicios de salud datan de la segunda mitad de los noventa, cuando Colombia reportó un incremento en la cobertura de sus asegurados de 21% a 57% entre 1994 y 1997; Perú informó un aumento en la atención institucional del total de personas con percepción de enfermedad o accidente de 32.2% a 43.5%, así como un incremento de la cobertura de atención primaria del 16% al 25% esos mismo años. En la región de Centroamérica, a excepción de Costa Rica, sólo dos países reportaron incrementos de sus coberturas de atención a población no asegurada tras la puesta en marcha del conjunto básico de prestaciones: Guatemala (32%) y Nicaragua (66%). De igual forma ocurre con las coberturas de vacunación al observar que los informes suministrados revelan porcentajes por encima del 90% y 95% para el caso de algunas vacunas, al menos en Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Panamá. En cuanto a la equidad referida a la distribución de recursos humanos, materiales y financieros de que disponen los sistemas de salud, así como en cuanto a acceso y utilización de los recursos y servicios de salud, no existe evidencia de que la reforma sanitaria haya tenido alguna incidencia sobre estos aspectos. En los países donde está disponible alguna información, aun cuando se muestran escasos incrementos, ésta es imprecisa, sesgada y en opinión de algunos no puede ser atribuida a las reformas.

La otra cara: la postura crítica frente a lo hecho y olvidado por la reforma sanitaria.

De acuerdo con Breilh (2004) la reforma de la salud se ha convertido en un tema "estelar", cuya discusión ha penetrado en la literatura de las distintas ramas de la salud pública contemporánea y ha acumulado bastante literatura repleta de opiniones, intereses y conclusiones opuestas. Según el autor, al situarse la reforma

en el “ojo del huracán” de la política de Estado, hay que comprenderlo más allá de los límites estrictamente técnicos, lo que implica señalar cómo la reforma sanitaria ha sido utilizada para apoyar una política de ajuste y cancelación de los programas de salud en la era neoliberal y no a favor de una lucha de los movimientos sociales que representan una opción real de una reforma democrática del sistema de salud. En otras palabras, como dijera el mismo Breilh, *“hay que reconocer que la estrategia económica neoliberal se acompaña de una política reformista llamada modernización del Estado, que asegura a su vez, una cancelación paulatina de los derechos sociales como el de la salud, y que, como no puede enunciarse abiertamente, requiere de un maquillaje y de medidas mitigantes que impidan una violenta deslegitimización”* (Breilh, 2004).

En este sentido, Laurell (1997) como Breilh, enfatizan que la reforma de la salud no puede ser vista al margen de los planteamientos y propósitos de la política social neoliberal, que busca dar una solución diferente a la contradicción básica del Estado capitalista, o sea, entre su función de garantizar las condiciones de reproducción ampliada del capital y la de legitimar ante la sociedad el régimen de explotación. Para estos autores como para muchos otros inscritos en el campo de la medicina social latinoamericana y de la salud colectiva, este es el punto de partida desde donde se debe comenzar analizar el impacto de las reformas sanitarias, sus implicaciones, y sus justificaciones (Laurell, 1997).

La corriente crítica de los procesos de reforma en América Latina⁹ considera que las reformas han fracasado en sus propósitos, es decir, en términos de aumentar la equidad, eficiencia y calidad en salud: los sistemas no son ni más equitativos, ni más eficientes, ni de mejor calidad. La reforma no respetó las características únicas de cada país (históricas, políticas y de organización sanitaria) y siguió una tendencia a adoptar los patrones “de moda” y las recetas uniformes determinadas por los organismos financieros internacionales.

Esta afirmación se sostiene desde varios puntos de vistas. En opinión del grupo de la Universidad de Texas en Estados Unidos en dos puntos: las políticas promovidas por

⁹ Ver Laurel, 1997, Almeida, 2002, Homedes, 2004, López-Arellano, 1993; Tetelboin, 2004; Franco, 2003; Gutiérrez, 1999.

la reforma eran inadecuadas y hubieran fracasado aunque el proceso de implementación en la mayoría de los países hubiese sido adecuado y, porque se excluyeron de la reforma políticas que sí hubieran podido tener un impacto positivo en la salud. En opinión de sus representantes, los programas de reforma representan una introducción de los principios de la economía de mercado en un sector social fundamental como es el de la salud, lo que en la práctica es incompatible con una visión de justicia social y derechos humanos. De esta perspectiva se percibe a la reforma como un aspecto integral de las políticas de ajuste estructural y que es la visión restringida que los programas de reforma tienen de la salud como un "bien", sin tomar en cuenta la influencia de la economía, el ambiente y la cultura sobre el complejo fenómeno de la salud (Homedes, 2004). Estas posturas difieren de las sostenidas por un grupo de investigadores pagados por agencias internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, que defienden la tesis de que las reformas han fallado pero no por las políticas que proponen y soportan, sino por los procesos de implementación en la mayoría de los países de la región. Por otro lado, muchos creen que las reformas se iniciaron antes de que los países tuvieran las condiciones necesarias para que éstas pudieran tener éxito, es decir, sin que los países tuvieran sistemas políticos y legales, además de la capacidad administrativa para asumir e implementar adecuadamente, a través de consensos políticos y profesionales, estas transformaciones.

Frente al propósito de ampliar la cobertura de servicios de salud a la población más pobre, tradicionalmente menos protegida, la reforma ha resultado poco exitosa. La focalización de las intervenciones a través de paquetes básicos de servicios de salud, a pesar de sus buenas intenciones, no reconoce, al menos con la fuerza que se debiera, que los paquetes básicos son muy limitados ya que incorporan unas pocas intervenciones de salud materno-infantil y promoción de la salud, dejando no pocos casos esquemas de copagos para el resto de las intervenciones, dando como resultado que los pobres tienen menos acceso a los servicios de salud de los que tenían antes de la reforma (Madies, 2000). Por otro lado, las implicaciones de una selectividad de la política de salud basada en servicios clínicos básicos presupone que a la luz de quienes creen en ella, no toman en cuenta su carácter ético, pues la

salud deja de ser considerada una necesidad humana básica para convertirse en un satisfactor esencial y en un derecho inalienable para convertirse en un bien privado. De igual forma la población etiquetada como beneficiaria de las “mejores intervenciones”, dado su bajo costo en relación con alta efectividad, pierde en los hechos su condición de ciudadanía, y los servicios públicos tienden a una mayor fragmentación al privilegiar el quehacer selectivo y puntual, en detrimento de la atención integral de salud (López-Arellano 2001)

Pocos países de América Latina, con la excepción de Chile, Colombia, y Brasil, ha conseguido privatizar la gestión o provisión de los servicios de salud financiados con fondos públicos, más bien el patrón que ha predominado ha sido el de pequeños cambios. Sin embargo, esta contención no ha sido casual, sino ha estado atravesada por acciones que van desde la oposición de los sindicatos, hasta evaluaciones negativas del sistema hospitalario, cuyo resultado ha arrojado que en la mayoría de los hospitales privados con financiamiento público son corruptos, irracionales y caóticos. En otras palabras, en América Latina el intento de privatizar la administración de los hospitales (ámbito más abordado por esta estrategia) se ha acompañado de gastos importantes para mejorar el sistema de información financiera, el cálculo de costos, el desarrollo de contratos y sistemas de pago, entre otros, pero hay poca evidencia de que estos servicios hayan servido para aumentar la eficiencia, y la calidad de dichos servicios (Ugalde, 2002). La apuesta a que la privatización de los servicios de salud como alternativa para manejar la ineficiencia y racionalización económica del sector público, así como la mala calidad de los servicios prestados y las insatisfacciones de las necesidades de salud de la población al no poder elegir libremente sobre el acceso o la calidad de dichos servicios, no evidencia duda alguna de que desde el punto de vista de los usuarios, el sistema implantado pasó a definirse por la capacidad de pago de los individuos, que de ninguna manera garantizó la igualdad social en términos de la equidad de acceso y la calidad del servicio. La estrategia de desarrollar el sector privado no ha garantizado un incremento en las coberturas de servicios por parte de las poblaciones incluso con capacidad e pago, por lo tanto la tan buscada libertad de

atención no pasó de un llamado formal, ideológico, destinado a crear un ambiente que favoreciera las privatizaciones (Telelboin, 2004).

Por otro lado, si bien ciertos beneficios de la reforma se han visto tras la descentralización de los servicios de salud, en cuanto signifique transferir la capacidad de tomar decisiones y la responsabilidad del nivel central al local, se señala que en la mayoría de los casos, la transferencia de responsabilidades no se acompaña de una distribución de recursos suficientes como para que se puedan garantizar, por las autoridades locales, servicios de buena calidad y ampliamente accesibles (López-Arellano, 2001). Por otro lado, en los países donde se ha completado la descentralización, con frecuencia se ha aumentado la contribución financiera del gasto en salud por parte de las entidades descentralizadas, pero a expensa de los usuarios, sin embargo, también ha sucedido lo contrario, fondos destinados a la salud han sido invertidos en otras cosas. La evidencia muestra que los políticos y los líderes comunitarios locales no siempre toman las mejores decisiones, prefieren invertir en la construcción de hospitales, tecnología sofisticada y medicamentos de marca para su población, sin observar el costo y los efectos que esto tiene para los servicios de salud. La descentralización fragmenta el sistema de salud y sus efectos se potencian al faltar capacidad administrativa en los niveles descentralizados, al no dejar el poder los niveles centrales incrementándose los costos administrativos y de operaciones. Además, con la descentralización se pierden las economías de escala en la compra de insumos y medicamentos, aumenta la inequidad al observar que las entidades más ricas negocian mejor y no reparten a las más pobres (Homedes, 2004).

En cuanto al financiamiento de los servicios, las evidencias en el marco de la reforma muestran que en un escenario regional en que el gasto público en salud promedio es de solo 3,2% del PIB, este mayor costo ha sido asumido por las familias y el gasto de bolsillo se ha convertido en muchos países en la principal fuente de financiamiento en salud, hasta llegar a constituir más del 50% del gasto total en salud en países como Paraguay y República Dominicana y alcanzando una cifra promedio de 39,3% del gasto total en salud en toda la región. Este gasto de bolsillo es además de carácter regresivo, ya que son los hogares más pobres de la población los que

invierten proporcionalmente más de su presupuesto en este tipo de gasto. Las diferencias del gasto de bolsillo mensual en salud de los hogares por quintiles de ingreso son aún más profundas en Argentina; mientras el gasto de bolsillo constituye el 18% del ingreso total mensual para la población que se encuentra en el quintil 5, este gasto representa el 46% del ingreso total de los hogares para el primer quintil (BID, 1996). Por su parte, la creación de esquemas de cobro a los usuarios en la forma de "cuotas de recuperación", y otras modalidades, fue otro de los instrumentos introducidos como parte de las reformas en diversos países de la región de cuyo éxito se acumula gran duda. Por el contrario, la evidencia señala que el establecimiento de cuotas o pagos por servicios generalizados por la reforma impusieron un acceso limitado a los servicios de salud a amplios sectores de la población, especialmente a los grupos más vulnerables y de menos recursos económicos. Medicamentos, consultas y medios diagnósticos antes gratuitos, ahora tienen un costo que rebasa la capacidad de pago de las estas personas, lo que obliga a retrasar la búsqueda de ayuda para sus problemas de salud, enfrentando en consecuencia, un mayor riesgo de enfermedades y muerte (Levcovizt, 2004).

En otro sentido, pero por demás con mucho más alcance para la población y para los mismos servicios de salud, los procesos de reforma han "*olvidado*" otros puntos centrales de capital importancia en el propósito de incrementar la equidad y favorecer a los que menos tienen. Temas como las políticas farmacéuticas, de recursos humanos y de salud pública han estado excluidos de la agenda de transformación impulsada por la reforma.

Parece una paradoja que si bien una buena parte del poder de la medicina depende de los medicamentos, si el gasto en ellos es entre 30% y 40% del gasto en salud y está aumentando más rápidamente que la inflación, este tema se haya excluido de la reforma. Los pobres gastan un porcentaje más alto de su ingreso en medicamentos que la clase media y alta y se automedican con mayor frecuencia, incrementando el gasto al aumentar el copago. La paradoja radica precisamente en que si se mejorasen las políticas de medicamentos se beneficiarían más los pobres. En el tema de medicamentos se sabe técnicamente qué hay que hacer. Se conoce que un porcentaje elevado de medicamentos que se usan mal provocan iatrogenia,

aumentan gasto en salud e incrementan en consecuencia la resistencia a los mismos. Hay evidencias que en la mayoría de los países hay problemas serios con el registro de medicamentos, con la prescripción, la entrega y la utilización de los medicamentos por parte de los pacientes; así como, de la oposición de la industria cuando se quiere cambiar el uso de los medicamentos. Ante la tendencia a la disminución cada vez mayor del gasto público en medicamento con un aumento del gasto privado, entonces la pregunta es: ¿por qué se ha dejado fuera de la reforma el tema de los medicamentos?. La respuesta se puede encontrar en las enormes presiones ejercidas por la industria químico-farmacéutica para alargar las patentes a través de los tratados de comercio y de juicios a la industria de genéricos; la incapacidad de los gobiernos para controlar las acciones y los mensajes que la industria envía a los médicos y a la población; y en consecuencia, la limitada capacidad de dichos gobiernos para desarrollar políticas alejadas de la lógica del mercado (Homedes, 2004).

Los recursos humanos constituyen el gasto fijo más elevado de los sistemas de salud y pese a ello también ha sido un tema poco abordado por la reforma. En opinión de varios autores, el sector salud siempre ha presentado no pocos problemas clave con la distribución del personal, su formación, su orientación curativa, el equilibrio entre los diferentes tipos de profesionales, el servicio social, los sindicatos, el ausentismo, las políticas inadecuadas de manejo y asignación de personal, los problemas que existen en el desarrollo de estrategias que aseguren la presencia de profesionales en las zonas rurales y marginales, entre otros (Brito, 2000). Las reformas ignoran los análisis que se han realizado en el sector salud y las estrategias que los países han puesto en práctica para solucionar estos problemas, además excluyen a los profesionales de salud de la definición e implementación de la reforma sin establecer ninguna política de protección a los recursos humanos frente a la flexibilización de los contratos y la privatización de los servicios de salud. La reforma ha apostado al mercado como solucionador de los problemas de los recursos humanos en salud, no han capacitado, ni en cantidad ni en calidad, a los recursos humanos necesarios para llevar a cabo la reforma misma.

Los procesos de reforma tampoco se han ocupado de las intervenciones de salud pública tales como la mejora de la nutrición, el control de la calidad de los alimentos, del medio ambiente, la prevención de lesiones, de la mejora de la salud ocupacional, entre otras acciones, a pesar de que se reconoce que con la globalización hay mayor riesgo de transmisión de enfermedades (Homedes, 2004). En América Latina, las transformaciones impulsadas por la reforma han descuidado los programas de salud pública. Se ha hecho muy poco para modificar los riesgos asociados a las enfermedades crónicas (tabaquismo, dietas ricas en carbohidratos, etc.) y la salud mental; los accidentes por ejemplo, siguen siendo una de las principales causas de muerte y la mayoría de ellos pueden prevenirse. Las únicas medidas de salud pública promovidas por la reforma son las entendidas como costo-efectivas, en una lógica localista-asistencialista, lo que denota el principio, que es más barato atender la diarrea que invertir en alcantarillado (Muñoz, 2000).

Resumiendo, para la corriente crítica, la reforma ha avanzado poco en la mejora del desempeño y de la efectividad general del sistema y en los aspectos de calidad de la atención; así como en evitar la duplicación y la falta de racionalidad en la disponibilidad de la infraestructura. La reforma no se ha centrado en el logro de la equidad en salud, sino en ciertos aspectos de gestión, especialmente en los relacionados con la eficiencia económica, descentralización, separación de las funciones de financiamiento/provisión y la autonomía de unidades prestadoras, no enfatizó la promoción de cambios articulados, sinérgicos y coherentes en todo el conjunto de funciones de los sistemas de salud y en sus complejas interrelaciones.

A manera de resumen: la reforma inconclusa.

Con base en la escasa evidencia disponible sobre la posible relación entre los procesos de reforma sanitaria en América Latina y a los duros cuestionamientos hechos a las transformaciones y cambios propuestos a los sistemas de salud de la mayoría de los países, parecería claro y congruente pensar que se necesita una visión contraria a la que ofrece la reforma actual. Parece urgente la búsqueda de una nueva generación de reformas en el sector salud (López-Acuña, 2000) que esté

centrada en la salud de las poblaciones, orientada a los objetivos sanitarios y a las políticas públicas de cada país, integradoras de las distintas funciones de los sistemas de salud, cuyo objetivo sea extender la *protección social en salud* para garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios que actualmente aún persisten (Levcovitz, 2004).

Se desprende de esta revisión y análisis de los procesos de reforma del sector salud, particularmente en los países de América Latina, ésta se ha básicamente limitado a cinco aspectos centrales: privatizar la prestación de los servicios de salud y limitar el papel del Estado como regulador del mercado; descentralizar los servicios de salud; reformar el sistema de financiamiento en salud extendiendo los sistemas de seguros de salud e incremento del financiamiento público y el privado de salud; introducción de esquemas de focalización de la atención a través de paquetes básicos de servicios de salud a la población pobre; y a la mejora de la gestión sanitaria con base en el análisis de datos, con el uso de metodologías sofisticadas como los años de vida ajustados por discapacidad.

Según la dinámica y los contenidos que han dominado la reforma en salud, casi como copia de lo que ha pasado dentro de la denominada reforma del estado, a éste último solo le concierne los aspectos estrictamente regulatorios y de acción selectiva centrada fundamentalmente en el combate a la pobreza y en busca de la equidad para los que menos tienen, dejando al mercado como su actor principal en salud: los privados, la competencia como alternativa para proveer servicios de salud a la población que los requiere. Las políticas de salud impulsadas por la reforma son parte de la reforma neoliberal basada en la lógica del mercado y no son adecuadas para aumentar la equidad, la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad de los sistemas de servicios de salud, ni los niveles de salud de la población de los países de la región. Como dijera Celia Almeida (1999), las líneas de la reforma sanitaria actual en la búsqueda de los principios rectores que las promovieron (equidad, calidad, eficiencia, efectividad y participación) dejan grandes contradicciones: a) el aumento de la eficiencia y la disminución de la equidad con una reforma orientada hacia el

mercado; b) aumento de la eficiencia y disminución del acceso, con medidas básicas de contención de costos; c) el aumento de la eficiencia y la pérdida de la integralidad de la atención; y d) incremento de la eficiencia y la efectividad y aumento de las desigualdades en los modelos con separación de las funciones de financiamiento-provisión y el establecimiento de la competencia regulada (Almeida, 1999).

Las reformas ignoraron las políticas que podrían reducir gradualmente las desigualdades en los resultados finales de salud y en el acceso a los servicios de la población, como son las políticas de salud pública, pero también ignoraron las políticas que podría incrementar la eficiencia y la calidad de los servicios: las políticas de medicamentos (Homedes, 2004). Las reformas no involucraron a los principales actores de la reforma misma, sus recursos humanos, más bien implementaron políticas contrarias a sus intereses (Brito, 2000). Para entender por qué los procesos de reforma incluyeron unas políticas y excluyeron otras hay que observar quienes fueron los grandes o principales beneficiarios de dichos procesos: las compañías trasnacionales, las compañías de seguros, la industria farmacéutica multinacional y la industria de los alimentos en los países donde éstas tienen base. Por ello, las políticas que se excluyen son las que podrían perjudicar a las trasnacionales y multinacionales de las principales industrias (Ugalde, 2002 y Homedes, 2004).

Finalmente, el impacto de las políticas macroeconómicas y el papel de los organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, promotores de los procesos de reforma en el mundo y en especial para América Latina, han influenciado la agenda de la reforma en salud de los países de América Latina, sirviendo a los intereses de las grandes potencias como Estados Unidos, y hacen caso omiso a las evidencias técnicas disponibles del fracaso de las reformas (López-Arellano, 1993; Almeida, 1999; Homedes, 2004).

2.3 Marcos para vincular las reformas sanitarias y la equidad en salud: apuntes sobre modelos seleccionados.

Cualquiera que sean las metas de equidad de un país, la implementación y evaluación de políticas de equidad en salud demandan el entendimiento del contexto cuyas características esenciales pasan por la definición de aspectos demográficos, sociales, económicos, políticos y de las condiciones de vida y salud. Dentro de este último, es el sistema de atención a la salud en su conjunto y los lazos entre todos sus componentes, es decir, las condiciones de los sistemas de servicios de salud, los que en buena medida influyen sobre la equidad de acceso a dichos servicios y en menor grado sobre la equidad de resultados de salud. Sin embargo, esta tarea también requiere el entendimiento del rol que juegan las condiciones externas al sistema de atención sanitaria, tales como la nutrición, el abastecimiento de agua, la educación, el estilo de vida y las condiciones políticas y socioeconómicas de la población, todas las cuales según varios autores influyen mucho más sobre la equidad en salud.

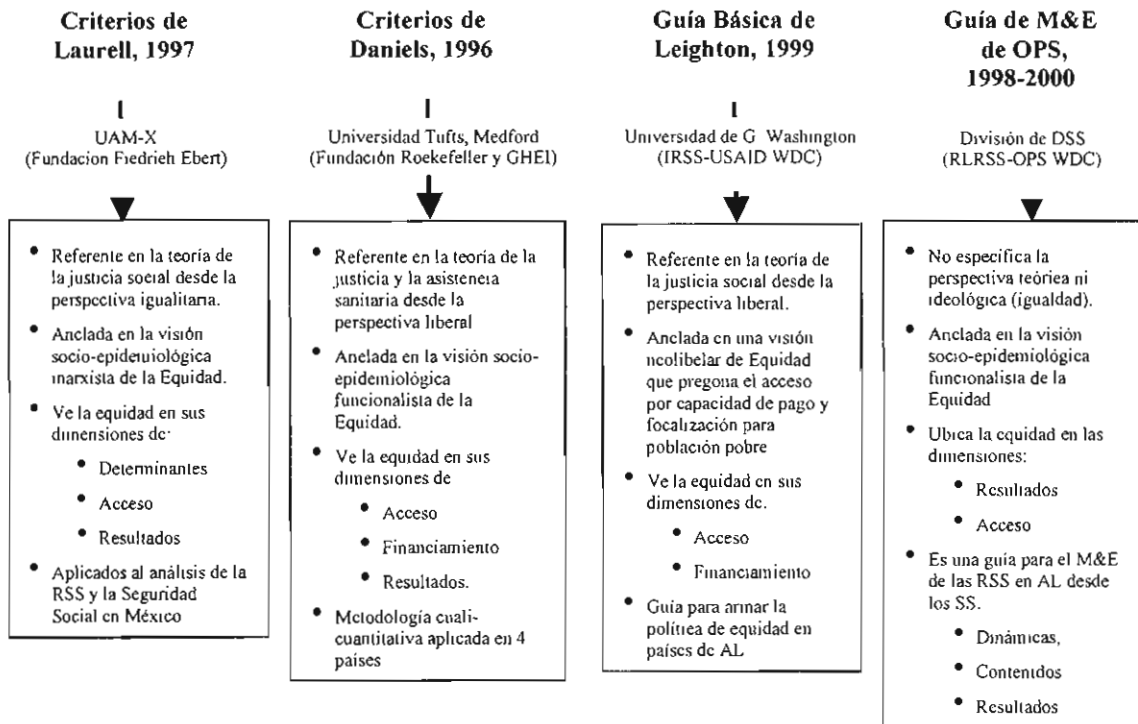
En términos generales, se debe diferenciar, aunque suele ser un proceso complejo y difícil, pero de todas formas posible, cuales son los aspectos, condiciones o circunstancias propias de los servicios de salud (condiciones del sistema de atención a la salud) y/o las definidas como externas a los servicios (condiciones de vida asociada a contextos demográficos, sociales, políticos y, económicos) que están determinado, o al menos influenciando la falta de equidad en salud. Un ejemplo, de esto son cuando las evaluaciones de las condiciones de equidad en el sector salud de un país, es decir, cuán "equitativas" son sus políticas de salud basadas en el primer grupo, se hacen solo tomando en cuenta aspectos de los servicios de salud como del análisis de los pagos de los usuarios en la atención sanitaria del sector público y no van más allá como puede ser al examinar un conjunto diverso de características del sector salud, tales como la coordinación entre los proveedores públicos y privados de la atención, la descentralización, los acuerdos contractuales y pólizas de seguros y los mecanismos de incentivos para el personal del sistema de

salud, de modo que ellos proporcionen una atención de alta calidad dirigida a las personas que utilizan esos servicios.

Desafortunadamente, muy pocas veces los análisis del logro de la equidad en salud, está ampliamente orientado a la incorporación de los aspectos llamados externos al sistema de atención a la salud. Sin ser categóricos, la mayoría de las veces estos aspectos son reconocidos, incluso mencionados y descritos, pero no siempre relacionados en la explicación de la equidad en salud. A diferencia de otros abordajes conceptuales y metodológicos respecto a las políticas de salud que buscan el logro de la equidad en salud, las aproximaciones desde el campo de la Salud Colectiva intentan avanzar hacia una concepción integral e integradora de los aspectos, condiciones, factores, procesos y circunstancias que están determinando o influenciado dicho objetivo. Desde esta perspectiva, no solo cobran relevancia las características o fundamentos del sistema de atención a la salud como un elemento distintivo en la obtención y mantenimiento de la equidad en salud, sino también el conjunto de los otros aspectos externos que están determinando a dicho sistema y por ende sus efectos sobre la equidad en salud.

Si bien son diversos los marcos explicativos y operacionales que tratan de explicar la relación equidad en salud-reforma sanitaria, y más aún los efectos de esta última sobre la primera, todos de alguna forma, al abordar las principales dimensiones de la equidad en salud y definen el pensamiento teórico o perspectiva conceptual desde la cual parten para desarrollar sus postulados, así como los aspectos metodológicos que guían el proceso de medición de sus objetivos y resultados. En tal sentido, para efectos de esta investigación fueron seleccionado cuatro modelos conceptuales que han sido empleados para el análisis de las reformas del sector salud y la equidad en varios países de América Latina, pero cuyas características difieren en cuanto a como conceptualizan y gestionan los aspectos que determinan el logro de la equidad en salud (Figura 2).

FIGURA 2. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS MODELOS CONCEPTUALES PROPUESTOS PARA EVALUAR LOS EFECTOS DE LAS RSS SOBRE LA EQUITAD EN SALUD EN MÉXICO.



Anclado en el pensamiento de la Salud Colectiva, se revisó el “Marco conceptual y criterios para el análisis de las reformas de Laurell (1997)¹”, la cual tiene su referente en teoría de la justicia social desde la perspectiva igualitaria, con una visión socio-epidemiológica de corte marxista de la equidad en salud, a través de la cual aborda tanto la dimensión de la equidad de condiciones de vida, -denominada por la autora como determinantes-, como en las dimensiones de acceso a servicios de salud y resultados de salud. En esta línea, también fue revisada la propuesta “Guía metodológica de monitoreo de la equidad en el acceso a los servicios de salud y para el seguimiento y evaluación de la reforma del sector salud de la OPS (1998 y 2000)²”, la cual como la anterior reconoce el referente de la teoría de la justicia social desde la perspectiva igualitaria, pero con una visión socio-epidemiológica mas de corte funcionalista que privilegia en primer lugar la equidad de acceso como

¹ Laurell AC, investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México DF, México. Material publicado por la Fundación Friedrich Ebert y Universidad Autónoma Metropolitana en 1997.

² OPS. Programa de Organización y Gestión de los Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana e la Salud, publicado en 1998 y actualizado en el año 2000.

dimensión dominante de la equidad y en un segundo término estudia la equidad de los resultados de salud.

En contraste, en la otra punta del eje, fue revisada la propuesta "Criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria de Daniels (1996)³", cuyo referente se encuentra en la teoría de la justicia y la asistencia sanitaria desde la perspectiva liberal, con una visión socio-epidemiológica funcionalista que privilegia principalmente el estudio de la dimensión de equidad de acceso y dentro de ella especialmente lo relacionado con la equidad financiera de los servicios de salud y en menor grado la dimensión de los resultados de salud. Inscrito con este mismo referente y desde la perspectiva de corte neoliberal se hizo la revisión de la propuesta "Guía básica de política: toma de decisiones para la equidad en la reforma del sector salud de Leighton (1999)⁴", la que por su parte enfatiza una visión que pregona el acceso de acuerdo a la capacidad de pago de los usuarios de servicios salud y el desarrollo de estrategias de focalización de intervenciones en la población más pobre.

Modelo 1: Laurell, 1997.

La propuesta de Laurell parte de analizar las críticas al sector público de la salud desde el pensamiento marxista y especialmente sobre la reforma impulsada desde el pensamiento neoliberal. La primera, sostiene que este sector tiene una importancia marcada en: a) la acumulación capitalista, al ser un mercado cautivo seguro para de la industria químico-farmacéutica y de equipos médicos y el mercado; b) en la correlación de fuerza, al ser dicho sector una fuerza política que interviene en la modulación del régimen de acumulación capitalista; c) en las relaciones de clases, al ser una terreno particular de las relaciones de clasistas y corporativas; d) en la construcción de derechos, al ser un elemento central en la conformación de hegemonía y la realización de ciudadanía. Por otro lado, enfatiza que desde un punto de vista ético y humanista es objetable que el bienestar social y la salud se pretendan

³ Daniels N. profesor e investigador del Departamento de Filosofía de la Universidad de Tufts, Medford de Estados Unidos. Material publicado por la Fundación Rockefeller en 1996.

⁴ Leighton C. profesor e investigador de la Escuela de Salud Pública y Servicios de Salud de la Universidad de George Washington, Washington, Estados Unidos en 1999.

convertir en un medio económico o en un instrumento político, de hay su objetivo de máxima prioridad social.

En cuanto a la segunda crítica, la autora argumenta que los neoliberales consideran que el mercado es el mejor mecanismo para la asignación de recursos económicos y satisfacer las necesidades de los individuos; mientras que el Estado por su parte es un obstáculo que genera procesos negativos sobre la economía, sobre el bienestar y sobre la libertad de las personas. En palabras de Laurell, los neoliberales apuntan a que el Estado es antieconómico y antiproductivo porque provoca crisis fiscal, desalienta la inversión y el trabajo, es ineficaz, por su tendencia a monopolizar la economía y privilegiar los intereses de grupos, y es ineficiente, porque no logra eliminar la pobreza al tiempo que le ha quitado el papel de protección a la familia y a la comunidad. Ante esto, los neoliberales pregonan la necesidad de reconstituir el mercado, la competencia y el individualismo y dan como solución eliminar el intervencionismo del Estado, privatizar los servicios y la producción y desregular el mercado.

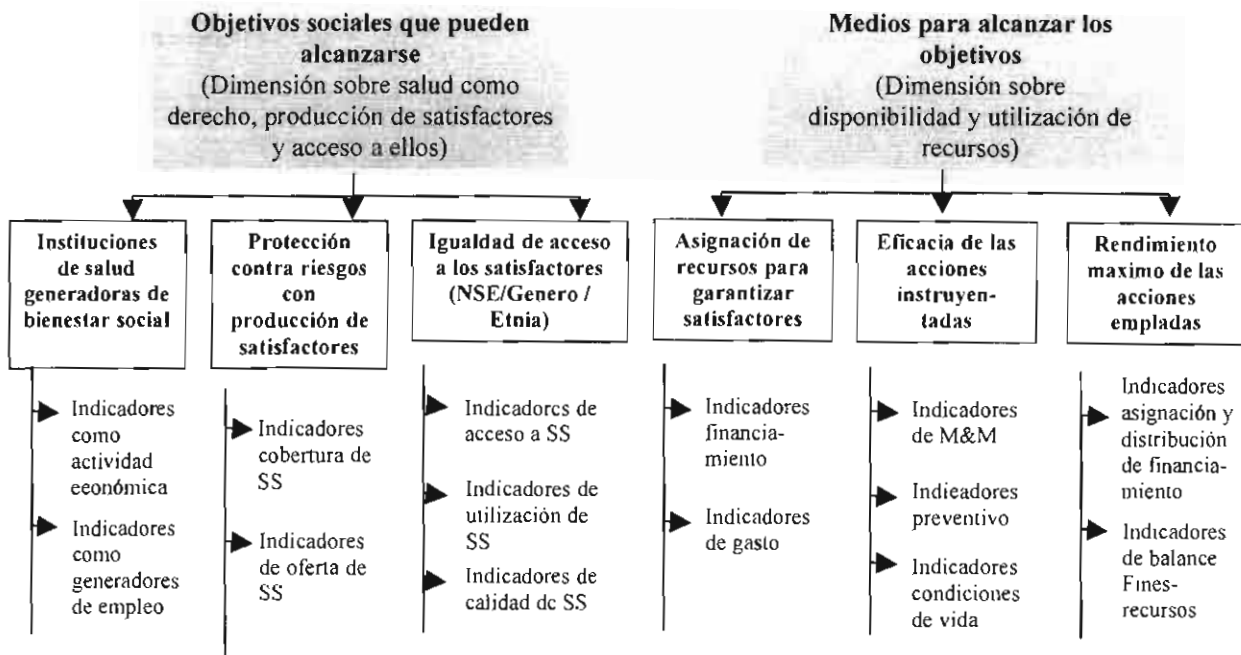
En cuanto a los servicios de salud, Laurell asume que para los neoliberales los servicios de salud corresponden al ámbito de lo privado, por lo que sus principales actores son el individuo, la familia y los servicios privados de salud. Para estimular esto último, se argumenta la mencionada ineficacia del sector público, unido a la escasez de recurso dado los constantes recortes al gasto público y la inequidad que experimenta la población que usa los servicios sociales. Bajo este prisma, el Estado solo debe ocuparse de servicios de salud definidos como públicos, principalmente orientados a la población más pobre, indigente, a los cuales basta con un paquete de mínimas acciones y grandes externalidades. En otras palabras, el Estado se debe solo enmarcar en una política de beneficencia pública o de asistencialismo, es decir, una política de no igualdad de acceso a beneficios, de no universalización de coberturas y de no gratuidades en los servicios sociales y de salud (Laurell, 1996; López, 1996).

En opinión de Laurell, todas las estrategias propuestas por los representantes de la perspectiva neoliberal de los servicios de salud tienen una correlación económica

directa, la cual se traduce en convertir el ámbito de la salud en actividad económica rentable dado que los servicios de salud representan entre un 20% y 45% del producto interno bruto (PIB), y que es posible apropiarse entre el 5% y 13% del PIB destinado a servicios de salud. Para todo ello, el camino escogido incluye la necesaria privatización del financiamiento y la producción de los servicios de salud; el recorte del gasto social con eliminación de programas y beneficios; la centralización del gasto para canalizarlos solo a la población pobre; y la descentralización a nivel local. En cualquier caso, el objetivo ha de ser desmontar a las instituciones públicas de salud y de seguridad social, cuya condición facilitaría privatizar dichas instituciones, expandiendo el mercado privado de salud y el debilitamiento de los grupos organizados y sindicatos. La finalidad, concluye la autora, es la mercantilización y privatización de los servicios de salud y de los montos financieros, lo que permite el desarrollo de la llamada privatización selectiva, que no es más que la constitución de sistemas de salud paralelos bajo un esquema público-privado con una diferenciación en la gestión del financiamiento y en la producción de servicios de salud.

Con base en lo expuesto, la autora elabora los criterios que permiten un análisis del desarrollo de las reformas sanitarias y el logro de sus objetivos. El punto de arranque se sitúa en la necesidad de explicitar desde que perspectiva o postura ideológica se pretende abordar la reforma. Es por esta razón que Laurell insiste en que sus criterios analíticos tienen un valor histórico, ético e interpretativo, al enclavarse en una determinada visión del mundo y no necesariamente responden a consideraciones eminentemente pragmáticas. En síntesis el modelo (Figura 3) integra dos conjuntos de criterios: el primero orientados a los objetivos sociales que pueden alcanzarse, los cuales visualizan la protección de la salud como derecho social constitucional, la amplia producción de satisfactores y el libre acceso a ellos; y el segundo, enfocados a los medios para alcanzar los objetivos, es decir, la disponibilidad y utilización de los recursos de dichos servicios.

FIGURA 3. MODELO 1: LAURELL, 1997.



Para la autora, en el primer conjunto de criterios (objetivos sociales que pueden alcanzarse) es posible encontrar tres dimensiones de análisis: a) las instituciones de salud generadoras de bienestar social, las cuales pueden ser evaluadas desde el punto de vista de su actividad económica y desde la perspectiva de la generación de empleos; b) la protección contra riesgos con producción de satisfactores, es decir, los servicios de salud ofrecidos, los cuales pueden medirse a través de los indicadores de cobertura y oferta de los servicios de salud; y c) la igualdad de acceso a los satisfactores, esto es, los servicios de salud en sus dimensiones económicas, étnicas y de género, las que a su vez pueden ser estudiadas mediante de los indicadores de acceso, utilización y calidad de los servicios de salud.

Por otro lado, el segundo conjunto de criterios (medios para alcanzar los objetivos), Laurell, expone que también están formados por tres dimensiones analíticas: a) la asignación suficiente de recursos públicos para garantizar los satisfactores, o sea los servicios de salud, los que pueden ser medidos a través de los indicadores de financiamiento y de gasto; b) la eficacia de las acciones instrumentadas, vistas por la vía de los indicadores de morbilidad, mortalidad y discapacidad, los indicadores de prevención de riesgos y enfermedades y los indicadores sobre condiciones de vida; y

c) el rendimiento máximo de las acciones empleadas, evaluado mediante los indicadores de asignación y distribución de financiamiento y los indicadores de tipo balance orientados a la relación finalidad-recursos.

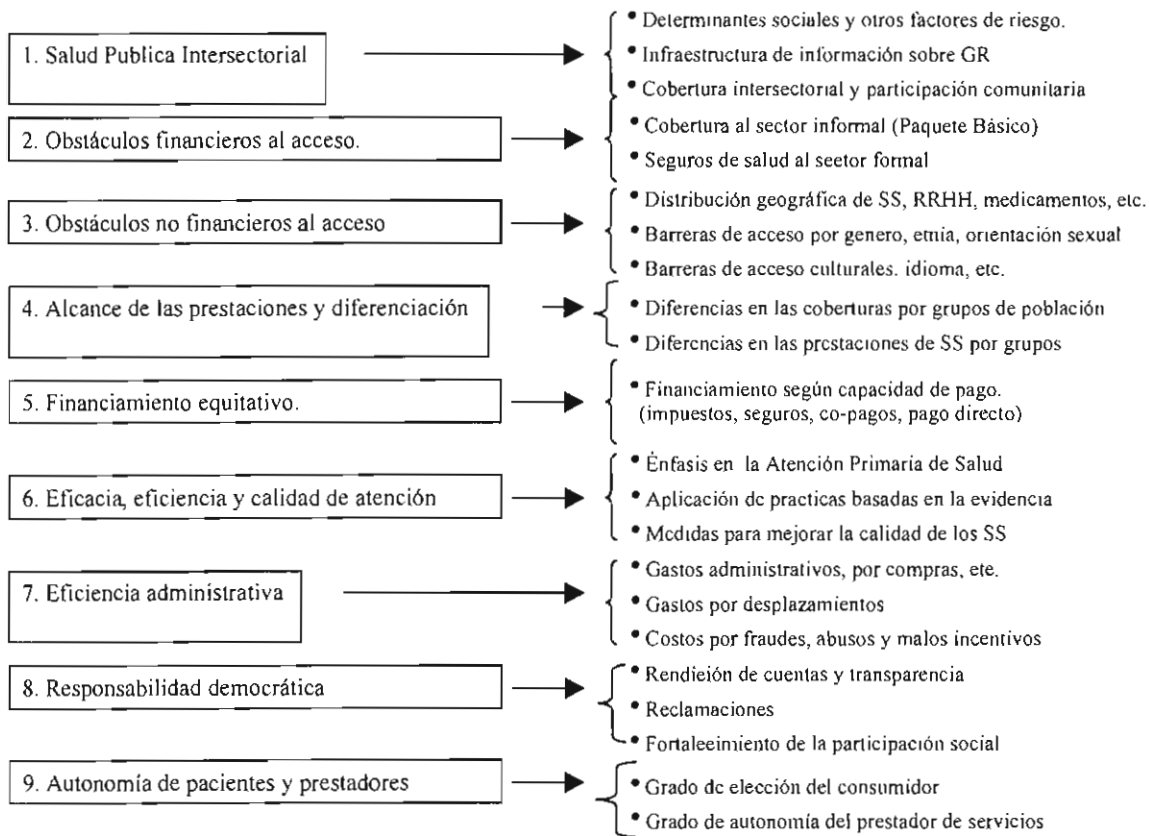
Modelo 2: Daniels, 1996.

Los criterios de equidad para la reforma sanitaria, en voz de Daniels, es un instrumento de análisis de políticas útiles para los países en desarrollo que pretenden hacer una análisis de la equidad general de la reformas de la atención sanitaria. Según el autor, estos criterios anclados en la perspectiva del pensamiento liberal, se crearon y presentaron por primera vez en Estados Unidos, teniendo una dimensión ética que apela a la teoría de la justicia y la asistencia sanitaria como fundamento teórico, al reconocer que la enfermedad y la discapacidad reducen las oportunidades de los individuos, y el principio que rige la igualdad de oportunidades que ofrece una base para regular el sistema de atención sanitaria.

En términos generales, los criterios de Daniels se presentan en forma de un marco global que sirve para evaluar los efectos de las estrategias de reforma respecto a la equidad en salud, en un proceso de reflexión y no solo de un puntaje numérico como resultado de su aplicación, aun cuando pueden ser complementados en su implementación con otros sistemas de medición. En sus orígenes, los criterios se usaron para evaluar y fomentar el debate sobre las amplias reformas de seguro médico en Estados Unidos, y posteriormente fueron adaptados para emplearlos en los sistemas de salud de los países con diferentes niveles de desarrollo, aplicándose en varios de éstos como fue el caso de Colombia, México, Paquistán y Tailandia entre 1999 y 2002.

El conjunto de los criterios de equidad están integrados por nueve criterios y cada uno de ellos contiene varios subcriterios que permiten evaluar la equidad de las reformas propuestas (Figura 4).

FIGURA 4. MODELO 2: DANIELS, 1996.



El primer criterio denominado "salud intersectorial", está fundamentado en que existen determinantes sociales y otros factores de riesgo (anteriores) al lugar de la prestación de los servicios que inciden en la salud de la población. Desde esta postura, se exige que se estime en que medida se beneficia la población de la reducción de la exposición a varios factores de riesgo como resultado de las reformas analizadas. Unido a lo anterior es necesario considerar la infraestructura de información para medir y vigilar las desigualdades de salud y realizar investigaciones sobre las alternativas más eficaces para reducirlas. Adicionalmente, se requerirá evaluar las reformas en función de su cobertura intersectorial y de la participación de las comunidades y grupos vulnerables en esos empeños.

El segundo y tercer criterio definido como "obstáculo financiero a la equidad de acceso" y como "obstáculo no financieros al acceso" respectivamente, se centran en el requerimiento de reducir los obstáculos financieros y no financiero al acceso a los

servicios de salud necesarios. Este criterio parte de que en muchos países existe un “sector laboral informal” que no paga impuestos conformado predominantemente por trabajadores pobres y sus familias, cuyos servicios de salud deben ser financiados a través de la recaudación general de impuestos. En consecuencia, se busca alentar una estrategia que incremente la cobertura de atención de salud al sector informal mediante la aplicación de paquetes básicos de servicios que todos deben recibir en una fecha concreta, y propuestas de aseguramiento en salud al combinar esquemas de financiamiento que pueden incluir los impuestos generales, los pagos de seguridad social y las cuotas abonadas por los empleadores. Por su parte, el tercer criterio, esta orientado a medir las reformas según las medidas que se tomen para resolver las fallas de la distribución geográfica de fármacos, suministros, instalaciones, personal, entre otros en los países que desarrollan las reformas; las barreras de acceso, especialmente ligadas a cuestiones de sexo, orientación sexual y etnia, y las barreras vinculadas a los aspectos culturales en función de idiomas, costumbres o creencias.

El cuarto criterio nombrado “alcance de las prestaciones y diferenciación”, tiene su base en que todas las personas, independientemente de su clase, etnia o sexo, tienen necesidades de salud comparables y que existen obligaciones sociales para satisfacerlas. De aquí que las desigualdades en la cobertura de los servicios de salud y la calidad de los cuidados (diferenciación) prestados en dichos reducen la equidad de los sistemas, aunque muchas de estas diferenciaciones son peores que otras.

El quinto criterio referido al financiamiento de los servicios de salud por parte de los usuarios, denominado “financiamiento equitativo”, se basa en la idea de que el financiamiento de los servicios médicos, por oposición al acceso, debe realizarse en función de la capacidad de pago, ya sea combinado cualquiera de las fuentes de financiamiento disponible: ingreso por impuestos, primas de seguro y pagos directos.

El sexto criterio de equidad esta orientado a la “eficacia, eficiencia y calidad de la atención”. Este criterio se fundamenta en que un sistema que utilice sus recursos de forma más rentable será mas equitativo para los necesitados. La clave de este criterio es el estímulo al desarrollo de la atención primaria en la prestación de

servicios de salud de base comunitaria, pero también, al fomento de la práctica basada en la evidencia en todos los sectores de los servicios incluida las prácticas preventivas, curativas y de gestión. Finalmente, este criterio igualmente incorpora la dimensión referida a las medidas para mejorar la calidad de los servicios del sistema, incluida la capacitación profesional, la formación continuada, la acreditación de los servicios y la participación de la comunidad en la evaluación de la calidad de los mismos.

Los criterios siete y ocho, estrechamente relacionados y enunciados como “eficiencia administrativa” y “responsabilidad democrática y cesión de poder efectivo” respectivamente, persiguen, en el primer caso, la eficiencia en la gestión del sistema de atención a la salud; y la responsabilidad y transparencia efectiva, para el segundo caso, como base de las estrategias de reforma. En cuanto a la eficiencia administrativa, interesan las fuentes de gastos generales de administración, los mecanismos de adquisición de insumos y equipos, los desplazamientos de gasto y los abusos y fraudes administrativos. Referente a la responsabilidad, el interés se centra en la rendición de cuenta, la transparencia de la información, la apertura de mecanismos para reclamaciones y el fortalecimiento de la capacidad social en torno a los grupos de intereses y el debate público.

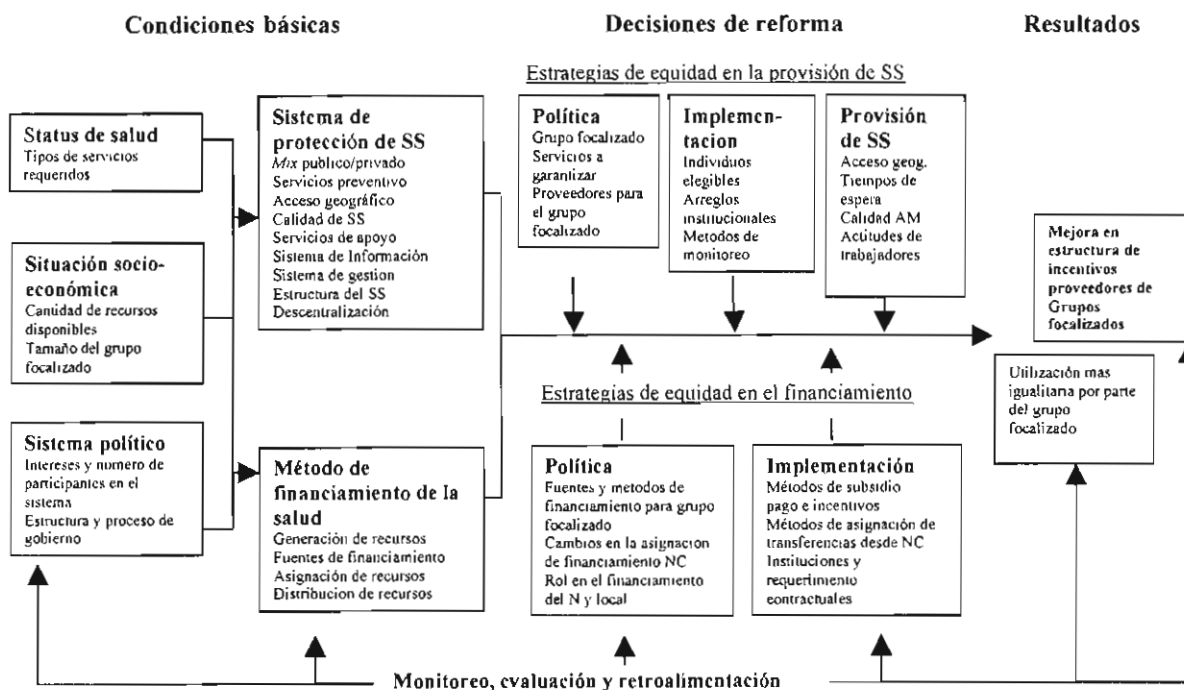
El criterio número nueve y último de la propuesta de Daniels, denominado “autonomía de los pacientes y de los prestadores de servicios”, está orientado a abordar de forma directa las cuestiones relacionadas con la autonomía o la posibilidad de elección de usuarios y de los prestadores de servicios. Este principio encuentra su base en el funcionamiento del mercado, al considerar que la elección razonada es necesaria para mejorar la calidad de la atención y satisfacer las verdaderas preferencias.

Modelo 3: Leighton, 1999.

La propuesta parte de colocar a la equidad en el contexto más amplio de la reforma sanitaria y de la situación específica de un país, mostrándose por ejemplo bajo condiciones particulares en un país dado, el flujo de decisiones, el cambio de los

mecanismos de incentivos y de la tasa de utilización, monitoreo, evaluación de los servicios y la retroalimentación entre los resultados de política y la definición de metas futuras, pueden conducir a resultados más equitativos.

FIGURA 5. MODELO 3: LEIGHTON, 1999.



De esta manera (Figura 5), ciertas condiciones como, el status sanitario, la situación económica y el sistema político de un país, crean los parámetros básicos para la provisión y el financiamiento de los servicios de salud. La evaluación de estas condiciones desde la perspectiva de la equidad (o eficiencia, o calidad, o sustentabilidad) conduce, a menudo, a que un país tome decisiones o emprenda reformas en la estrategia de provisión y financiamiento. Ejemplos de algunas de estas decisiones clave de diseño de política, implementación y provisión de servicios de salud, para desarrollar una estrategia de reforma que mejore la equidad, puede verse en la interacción de las estrategias de financiamiento y provisión crea los resultados indicados en la figura; un resultado intermedio, como puede ser la mejora en la estructura de incentivos a proveedores de servicios, produce como resultado final una utilización más equitativa por parte del grupo beneficiado. En última instancia, se espera que la utilización más equitativa tienda a mejorar el status

sanitario de dichos grupos. No hay que perder de vista muchos de los procesos de retroalimentación que realmente tienen lugar en el desarrollo y refinamiento de una política de equidad como parte de la agenda de reforma de la salud en un país.

En síntesis el proceso propuesto por la autora podría resumirse como el cumplimiento de cinco pasos que deben ser tomados en cuenta a la hora de decidir las intervenciones impulsadas por la reforma sanitaria y el logro de la equidad en salud, a saber:

- 1) Evaluar la evidencia en base a las condiciones del país. Este paso está orientado, a la definición de las condiciones básicas que acompañan y determinan a los servicios de salud en término del estatus de salud y los tipos de servicios requeridos, la situación socioeconómica que define a su vez la disponibilidad de recursos y el tamaño de los grupos focalizados, y el estatus del sistema político en función de la estructura del gobierno y los intereses y número de participantes en el sistema. Por otro lado, la configuración de la provisión de servicios de salud a través de sistema de protección de servicios de salud y los métodos de financiamiento de la salud, es decir, los esquemas de financiamiento y asignación/distribución de recursos financieros.
- 2) Entender la vinculación entre la estructura de provisión y financiamiento del servicio de salud y la equidad. El centro aquí está puesto en desarrollar evidencia específica acerca del funcionamiento de la estructura de la provisión y el financiamiento de los servicios de salud, partiendo de la consideración de que las mismas condiciones de provisión de servicios de salud que generan la necesidad de reformar el sistema de salud son, usualmente, aquellas que generan la necesidad de mejorar la equidad, o del mismo modo, las condiciones que generan o resultan en inequidades, se asocian también con frecuencia a las ineficiencias, baja calidad, acceso inadecuado, y situaciones de financiamiento no sustentable.
- 3) Tomar decisiones de reforma para desarrollar estrategias más equitativas en la provisión y financiamiento del servicio. Este paso resulta de agrupar las decisiones de reforma en dos grupos, aquellas vinculadas a las estrategias de

equidad en la provisión de servicios especialmente focalizada en la población más pobre, y aquellas relacionadas con las estrategias de equidad en el financiamiento de estos servicios. La idea aquí es la interacción de los grupos de estrategias para alimentar o no la toma de decisiones de la política con sentido de equidad. El primer grupo de estrategias gira entorno a las decisiones que determinan el tamaño y la composición del grupo focalizado, los servicios que ese grupo recibirá bajo la nueva estrategia, y las decisiones de implementación sobre detalles relacionados con los criterios de elegibilidad, gestión y arreglos institucionales. Por su parte, el segundo grupo de estrategias determinan la combinación de fuentes de recursos a utilizarse y los posibles cambios y montos en la asignación de recursos.

- 4) Identificar los resultados que desean obtenerse a partir de políticas más equitativas. Este paso busca poner énfasis en resultados intermedios como el incremento de la utilización de los servicios de salud entre la población focalizada, es decir, la población más pobre, el mejoramiento del acceso a los servicios de salud y con la calidad de los mismos. Pero también, con los resultados finales de salud en función de las necesidades de la población, a través de un mejoramiento de la estructura de incentivos a los proveedores de servicios de salud de la población focalizada.
- 5) Monitoreo, evaluación y retroalimentación. Como cualquier política de reforma, este paso se orienta al monitoreo y evaluación de la política en función de si ésta está obteniendo los resultados deseados y asegurando la implementación efectiva y el subsiguiente éxito de la estrategia.

Modelo 4: OPS, 1998 y 2000.

La propuesta metodológica para el seguimiento y evaluación de los procesos de reforma sectorial de la OPS se divide en dos apartados: el primero dedicado al proceso, mediante el análisis de las dinámicas y los contenidos de las reformas; y el segundo orientado a los resultados atribuibles a las estrategias de reforma sanitaria implementadas.

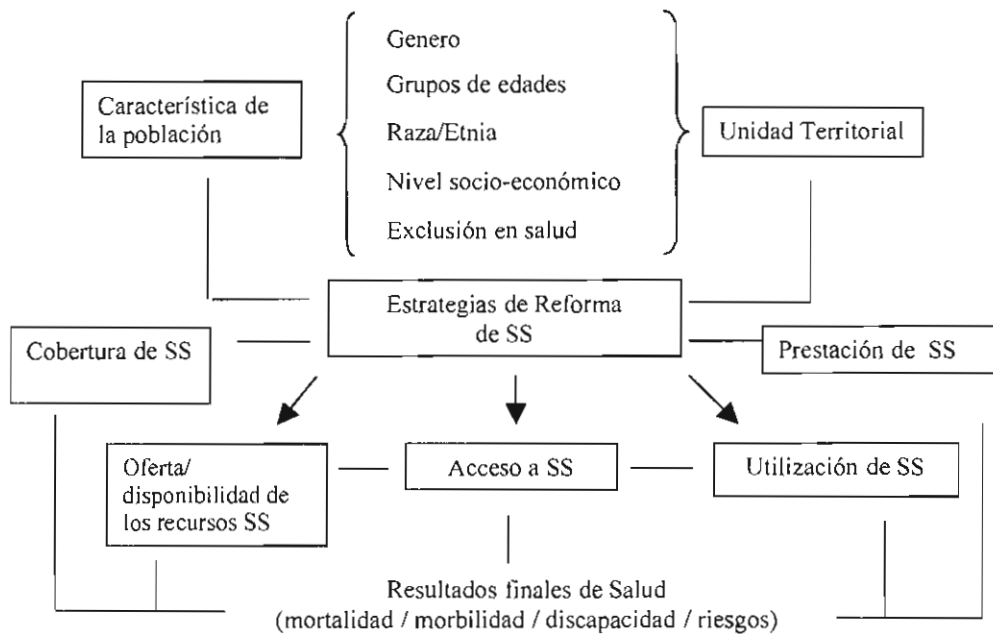
El capítulo definido como “seguimiento del proceso de reforma”, tiene como propósito describir y analizar la dinámica de la reforma, es decir, los distintos momentos del proceso de la reforma sectorial incluido el diseño, la negociación, la implementación, y la evaluación de la misma; así como las características, propuestas y relaciones de los principales actores sociales o institucionales, privados y públicos, nacionales subnacionales o internacionales involucrados en la reforma; y los contenidos del proceso de reforma, es decir, las estrategias diseñadas y las acciones efectivamente implementadas. En cuanto a los contenidos del proceso de reforma, el interés se centra en el análisis detallado: a) del marco jurídico que sustenta la reforma en un determinado país, b) el derecho de los ciudadanos a los cuidados de salud y el aseguramiento; c) sobre la rectoría como función dentro del sistema de salud; d) sobre la separación de funciones, es decir, el ejercicio de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud además de la rectoría, e) sobre las modalidades de descentralización de los servicios de salud, f) la participación comunitaria y el ejercicio de control social, g) sobre el financiamiento y el gasto ejercido por el sistema de salud, h) sobre la oferta de servicios de salud y el modelo de gestión del sistema, i) sobre el estado de los recursos humanos en salud, y j) sobre la calidad y evaluación de las tecnologías en salud.

Respecto al capítulo dedicado a la “evaluación de los resultados atribuibles a la reforma”, la propuesta de la OPS intenta analizar hasta que punto las reformas sectoriales pueden estar contribuyendo a mejorar los niveles de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social de, y en los sistemas y servicios de salud. En términos de la equidad en salud, el interés se presenta en el mejoramiento de la situación de salud, lo cual implica disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible y; al mejoramiento de los servicios de salud, es decir, recibir atención en función de la necesidad (equidad de acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera).

Se parte (Figura 6) de incorporar los indicadores definidos para una unidad territorial específica, la cual se caracteriza según datos de género, edad, etnia, nivel socioeconómico de la población (A. Característica de la población blanco de la reforma). Posteriormente, con base en las estrategias de reforma implementadas

interesa analizar lo relacionados con la cobertura y esquema de prestación de los servicios de salud (B. Estrategias de Reforma de los Servicios de Salud). En cuanto a esto último, se propone detallar distribución y disponibilidad de los recursos materiales, humanos y financieros asociados a la reforma (C. Oferta y disponibilidad de los recursos de salud) y, las barreras de acceso a los servicios de salud y uso de estos servicios (D. acceso y uso de los servicios de salud). Al finalizar, se trata de analizar los indicadores que reflejan necesidad de atención, es decir, un análisis de los resultados de salud entendidos como la mortalidad, morbilidad y principales riesgos que afectan la salud de las poblaciones objetos de la reforma (E. Resultados finales de salud).

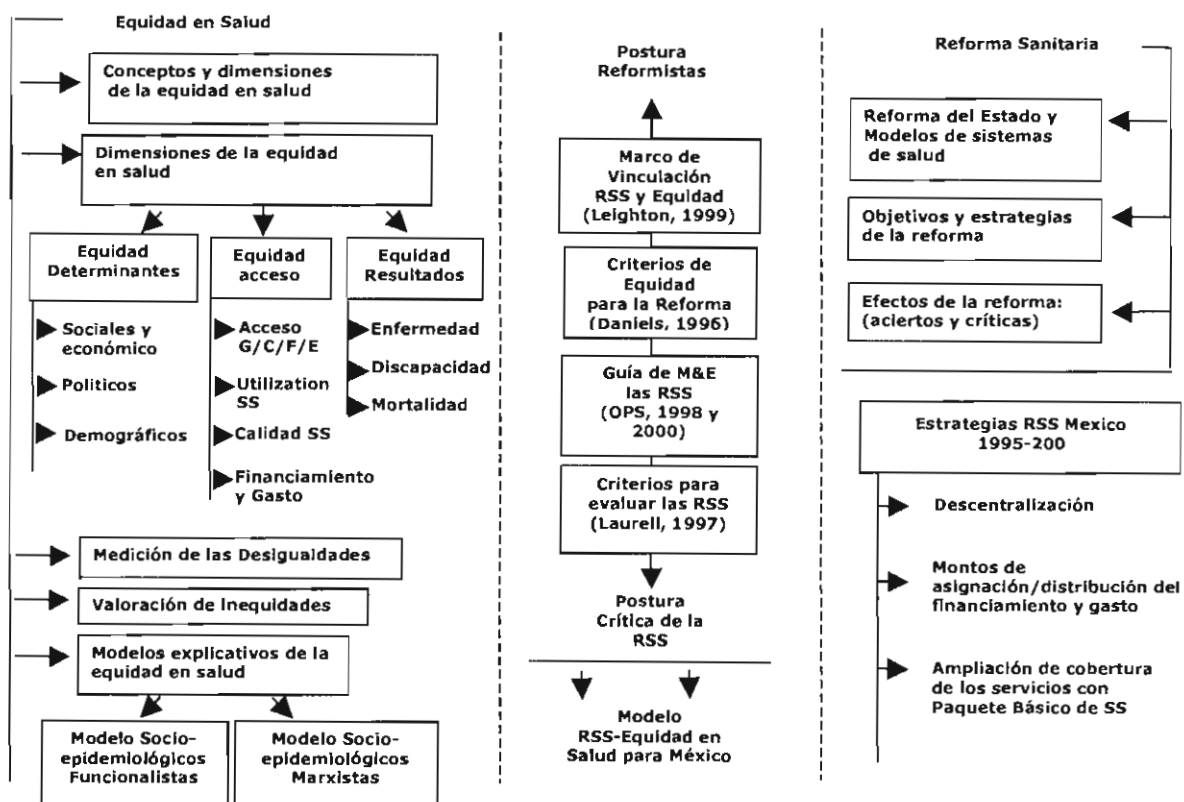
FIGURA 6. MODELO 4: OPS, 1998 Y 2000



2.4. Resumen del marco teórico-conceptual y propuesta de modelo conceptual que sirva de guía para la investigación.

El marco teórico-conceptual de la investigación fue construido a partir de tres elementos sustantivos: A) los aspectos fundamentales que dan forma al *marco analítico de la equidad en salud*; B) los aspectos esenciales por lo cuales es posible caracterizar y analizar los *procesos de reforma del sector salud* en nuestros países, pero de manera particular las desarrolladas en México durante los últimos diez años, bajo la propuesta conocida como “reforma de Sector Salud en México 1995-2000; y finalmente, de una manera comprensiva, en el centro de los imaginarios extremos del eje teórico-conceptual elaborado por la investigación, se revisaron diferentes *marcos que vinculan las reformas sanitarias y la equidad en salud*, sin soslayar que algunos de dichos marcos se apegan más a las posturas reformistas y otros a las posturas críticas de la reforma (Figura 7).

FIGURA 7. ESQUEMA RESUMEN DEL MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN



En cuanto al marco analítico de la equidad en salud.

El estudio parte de considerar un marco analítico de la equidad en salud integrado de múltiples propuestas conceptuales y metodológicas, así como aspectos críticos particularmente formulados desde el campo de la Salud Colectiva, en aras de poder ofrecer una mirada de los ejes que conforman el complejo rompecabezas de la equidad en salud. Para ello, se partió de considerar la noción de justicia social y sanitaria como marco general desde donde se inscribe la discusión sobre desigualdad-inequidad, lo que facilitó la definición de los conceptos de desigualdad social y desigualdad-inequidad en relación con los procesos salud/enfermedad/atención y la descripción de los marcos conceptuales más comúnmente orientados a su capacidad explicativa y sus consecuencias en la práctica, al tiempo de poder abordar los enfoques metodológicos que rigen el proceso de medición de las desigualdades-inequidades en salud.

Para comprender el marco analítico presentado se revisaron de manera puntual las principales las concepciones acerca de la justicia social y su aplicación al campo de la salud, especialmente vistas desde las distintas tradiciones filosóficas, económicas y política que han dominado comúnmente el debate acerca de la equidad en salud. De igual forma, se hizo una síntesis de las principales definiciones más frecuentemente encontradas en la literatura sobre el complejo desigualdad-equidad en salud con la intención (aunque no con la seguridad de lograrlo), de contribuir al entendimiento de tales conceptos, sin obviar la diversidad de definiciones aportadas por un grupo de autores con el propósito de visualizar los puntos comunes y dispares que dan forma a la discusión conceptual actual.

Adicionalmente, en un contraste intencional, el análisis conceptual de la equidad en salud trató de exponer otras aproximaciones sobre los conceptos que forman el complejo desigualdad-inequidad en salud haciendo particular énfasis en aquellos que encuentran sus bases en la combinación de aspectos biológicos y sociales, pero también políticos, ideológicos, culturales e históricos; ligados a los aspectos metodológicos que tienen que ver con los procesos de medición del complejo desigualdad-inequidad y que han venido siendo empleado en la investigación

principalmente de las desigualdades de salud, a pesar de las críticas realizadas desde el campo de la Salud Colectiva con relación a los móviles, preceptos y rutinas que rigen los procesos de medición de las desigualdades-inequidades de salud en la actualidad.

Referente a las estrategias de reforma sanitaria.

Con el ánimo de tener una visión conceptual y operacional de las estrategias implementadas en los procesos de reforma, la investigación reconoció la contrastación que desde el enfoque crítico se hacen las diferentes lecturas alrededor del proceso de transformación de los sistemas de salud en el marco de la reforma sanitaria experimentada por la mayoría de los países de América Latina y más aún de sus posibles efectos sobre la equidad en salud. Para lograrlo, se revisaron de forma acotada el contexto que ha envuelto a las actuales reformas sanitarias particularmente durante los últimos 20 años, tratando de anclar sus orígenes en los procesos más generales de reforma del Estado, pasando por el reconocimiento de una evolución histórica, coyuntural y selectiva de los modelos de sistemas de salud desde los países centrales, que dieron pié al establecimiento y configuración específica de los actuales sistemas de salud en los países latinoamericanos.

Al adentrarse en la identificación de los objetivos, ejes y principios rectores de la reforma sanitaria en la región, así como en un análisis de sus principales resultados y tendencias retomando las posturas esbozadas por los grupos que creen en la reforma y los críticos de estos procesos al cierre de la década de los noventa, el estudio pudo dar cuenta que derivado de la reproducción de los procesos de reforma del Estado tras la implantación del modelo neoliberal hegemónico se produjeron en el sector salud transformaciones que derivaron en la implantación de complejas estructuras de organización y funcionamiento de los sistemas de salud en la mayoría de los países.

Si bien la puesta en marcha de diversas estrategias e iniciativas en el marco de la reforma tenía como propósito aumentar la equidad, eficiencia, efectividad y calidad de los servicios, las tendencias y resultados de este proceso al cierre de los noventa han dado paso a un intenso debate entre los que creen y justifican los beneficios y

logros de la reforma y quienes se oponen totalmente a ella al sostener que han sido un desafortunado pretexto sin impacto sobre la equidad en salud. Bajo esta perspectiva, parece no existir evidencia contundente sobre la posible relación entre los procesos de reforma sanitaria y el logro de la equidad en salud, siendo escasos los datos sobre el impacto sobre equidad en la distribución, acceso y utilización de los recursos y servicios de salud y habiendo la reforma privilegiado ciertos aspectos de gestión relacionados con la eficiencia económica de los sistemas de salud aunque ello signifique un detrimento de la equidad en salud.

Para el caso de México, en el actual sistema de salud, a pesar de sus poco más de 60 años de historia, persiste una segmentación y fragmentación en la prestación de servicios de salud caracterizada según sea la inserción laboral y/o la capacidad de pago de las familias y personas a la hora de recibir la atención médica, especialmente en sector privado de salud. Sin embargo, fueron los procesos de reforma sanitaria de 1995-2000 los que principalmente impulsaron varias estrategias que dieron forma a la reforma sectorial en esos años, entre los que destacaron la descentralización de los servicios de salud a todas las Entidades Federativas de la nación y el Distrito Federal, con los consiguientes cambios en las esquemas de asignación y distribución del financiamiento y gasto, así como la puesta en marcha de estrategias de ampliación de cobertura de los servicios de salud basado en la implementación de un paquete básico de servicios de salud esencialmente enfocado a la población pobre hasta ese momento sin acceso a dichos servicios.

Sobre las posturas reformista y críticas de la reforma ante la equidad en salud.

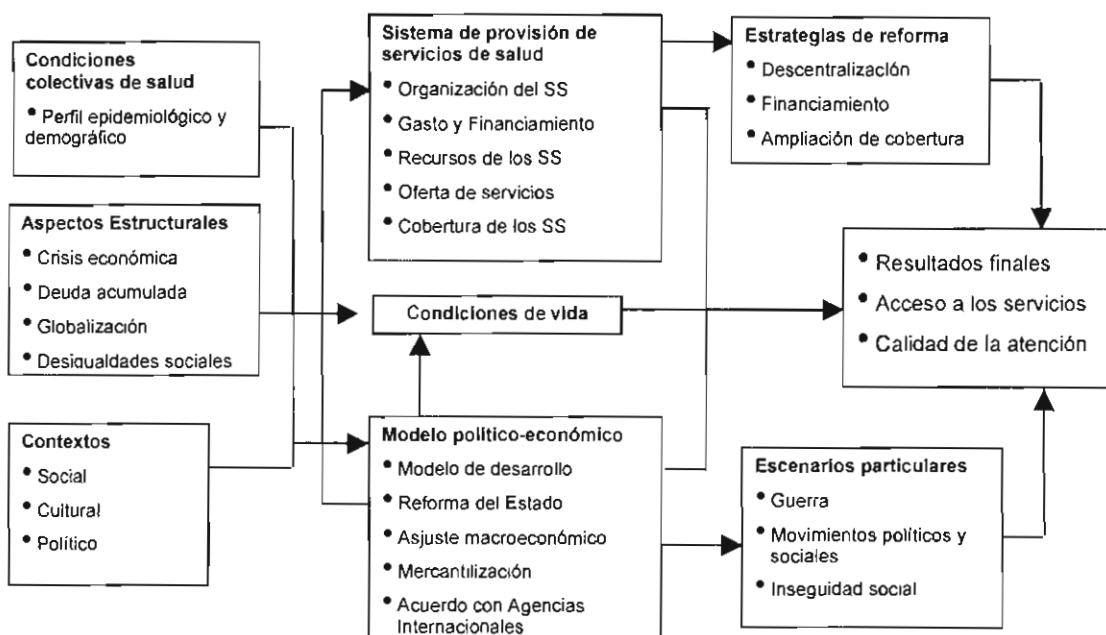
Tendiendo un puente para tratar de vincular la equidad en salud y las estrategias de reforma, fueron revisados varios marcos explicativos y operacionales que intentan explicar la relación equidad en salud-reforma sanitaria, y más aún los efectos de esta última sobre la equidad en salud. En este sentido, la investigación seleccionó cuatro modelos conceptuales que han sido empleados para el análisis de las reformas del sector salud y la equidad en varios países de América Latina, pero cuyas características difieren en cuanto a como conceptualizan y gestionan los

aspectos que determinan el logro de la equidad en salud, a saber: 1) el marco que vincula la reforma y la equidad de Leighton (1999); 2) la metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud de la OPS/OMS (1998 y 2000); 3) los criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria de Daniels (2000); y el marco conceptual y criterios para el análisis de las reformas de Laurell (1997).

Propuesta de modelo conceptual para la vinculación de las estrategias de reforma 1995-2002 y la equidad en salud en México.

Con base en la revisión y construcción del marco teórico-conceptual que sirve de sustento al planteamiento del problema de investigación, se propone a continuación un modelo conceptual que sirva para vincular los diferentes aspectos que están jugando en la relación de las reformas sanitarias y la equidad en salud (Figura 8).

FIGURA 8. MODELO CONCEPTUAL PARA LA VINCULACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE LAS REFORMAS 1995-2002 Y LA EQUIDAD EN SALUD EN MÉXICO.



Desde nuestra concepción, se parte de considerar el papel determinante que ejercen los aspectos estructurales y del contexto social y político que dan forma a la realidad social de México y sus Estados en la segunda mitad de la década de los noventa e

inicios de la década actual; así como del reconocimiento de las condiciones colectivas de salud existentes en este período expresadas por el perfil epidemiológico de enfermedad y muerte y por las características demográficas que van exhibiendo los grupos de población.

El conjunto de estos elementos ejercen una influencia notable sobre dos aspectos, que en nuestra opinión, están directamente impactados: a) el modelo político-económico de desarrollo adoptado por los gobiernos de turnos de los últimos años en México y las condiciones de vida de la población. Para el primero, el denominador común ha sido los procesos de ajuste macroeconómico, la reforma del Estado, la mercantilización de los bienes y servicios y la puesta de acuerdo con las grandes transnacionales y las agencias internacionales que controlan el capital; mientras que para el segundo, el impacto ha sido sobre aspectos centrales de la vida de las personas y los grupos de población, como la alimentación, la vivienda, el empleo entre muchos otros.

Desde luego, dichas condiciones de vida no solo están determinadas por las condiciones individuales y colectivas de salud y por los aspectos estructurales y contextuales en el ámbito más general, sino también por el mismo modelo político-económico de desarrollo descrito; que a su vez influye y determina el tipo y alcance del sistema de provisión de servicios de salud que se ha venido desarrollando en el país desde los años ochenta. Este sistema ha sido organizado y gestionado siguiendo los cánones impuestos por el modelo de desarrollo y por ende, responde a un esquema de alta fragmentación y segmentación, a un esquema definido de recursos disponibles en cuanto al financiamiento y gasto en salud, pero también en cuanto a los otros recursos, que en definitiva permiten una determinada cobertura y oferta de servicios.

Como producto del desarrollo de un sistema de salud guiado bajo el modelo de desarrollo enunciado, aparecen formuladas e implementadas las estrategias de la reforma sanitaria mexicana de 1995-2002, cuyos ejes principales estuvieron encaminados a la descentralización de los servicios de salud con la consiguiente creación de los sistemas estatales de salud, los cambios en los montos de

asignación y distribución del financiamiento y gasto en salud; así como la puesta en marcha de un conjunto de intervenciones que buscaron ampliar la cobertura de los servicios de salud a través de un paquete básico de servicios entre los que hasta ese momento no disponías de ellos.

Por otro lado, la aplicación de las estrategias macroeconómicas y de ajuste estructural que caracterizaron al modelo de desarrollo, no pueden ser desvinculadas de los escenarios particulares que en el ámbito subnacional configuraron una realidad social específica, como se pudo distinguir para el caso de algunos estados como Chiapas o Oaxaca, las cuales unidas a las complejidades del ámbito nacional descritas, jugaron seguramente un determinado papel, que si bien es difícil de evaluar, es sin dudas incuestionable.

Finalmente, estos tres elementos centrales definidos estructuralmente: el modelo de desarrollo con alcance nacional y en presencia de escenarios específicos, así como las condiciones de vida y el propio sistema de servicios de salud bajo el esquema propuesto por las reformas, han venido determinando, tanto el acceso a los servicios de salud, como la calidad de la atención y desde luego los resultados finales de salud.

Es bajo este ordenamiento conceptual que la investigación se propuso evaluar la existencia del complejo desigualdad-inequidad en salud y cuales fueron los efectos que las reformas sanitarias de 1995-2002 tuvieron sobre la equidad en salud en México.

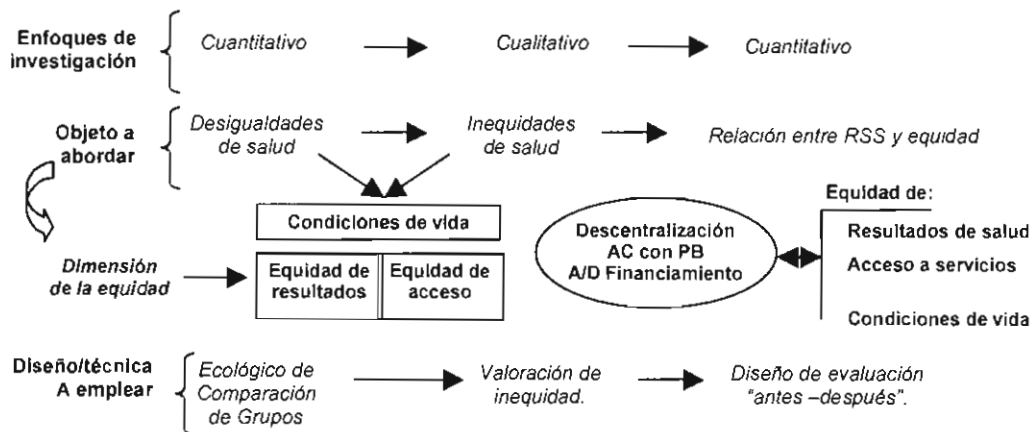
Capítulo 3.

La articulación metodológica en Salud Colectiva: Metodología del estudio.

La investigación se desarrolló partiendo de una aproximación *socio-epidemiológica desde la perspectiva de la salud colectiva* y trató de relacionar sus dos componentes principales: las *condiciones de salud-enfermedad*, vistas en este caso como desigualdades-inequidades y las *prácticas en salud*, especialmente referidas a los procesos de transformación de los sistemas de salud expresados como “intervenciones de reforma” en el marco de la reforma del sector salud en México desarrollada en el período 1995-2002.

Con base en lo anterior, el estudio privilegió dos abordajes combinados de investigación (Figura 9). El abordaje *cuantitativo* permitió dar cuenta de los indicadores de desigualdad en salud, así como facilitó la identificación de la relación entre las desigualdades-inequidades en cuanto a condiciones de vida y las dimensiones¹ de resultados finales de salud y acceso a los servicios de salud respecto a tres estrategias de reforma desarrolladas en México entre 1995 y 2002.

FIGURA 9. ILUSTRACIÓN GRAFICA DE LA COMBINACIÓN DE LOS ENFOQUES Y DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN QUE PROPONE EMPLEAR EL ESTUDIO.



Por su parte, el abordaje *cualitativo*, fue empleado para el análisis valorativo de aquellas desigualdades de salud que representaron inequidades, de tal forma, que

¹ Para efectos de esta investigación como dimensiones de la equidad en salud se consideraron los resultados finales de salud (equidad de resultados) y el acceso a servicios de salud (equidad de acceso). No se consideró la dimensión sobre la calidad de la atención de salud (equidad de atención) debido a la falta de información confiable sobre los procesos de calidad de la atención en México con anterioridad a 2002.

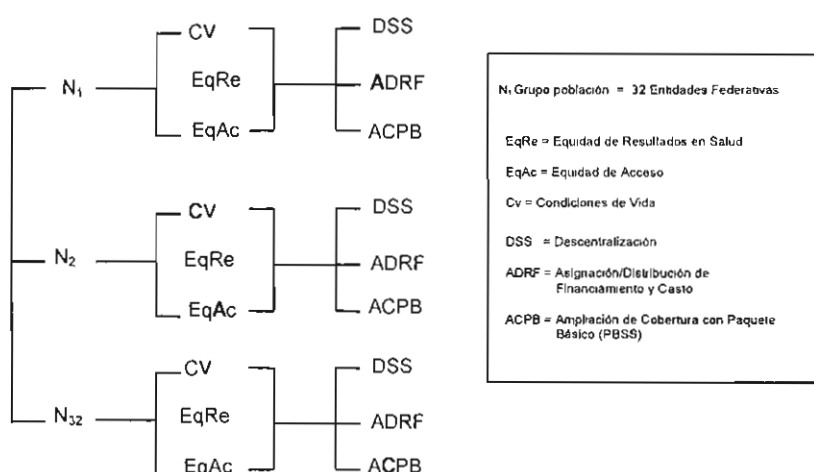
una vez definidas las inequidades en salud entre los grupos de estudios, se realizó el análisis en torno a los posibles efectos de las reformas sobre la equidad en salud. Esto último fue planteado de forma inicial dado que se reconoce el peso que tienen otros aspectos estructurales y del contexto económico, político y social en los ámbitos más generales (nivel nacional) y específicos (nivel regional) sobre el desafío del logro de la equidad.

3.1 Diseño general del estudio.

El abordaje cuantitativo combinó a su vez dos tipos de diseños de estudio:

1. Un diseño de estudio epidemiológico de tipo observacional denominado *Estudio Ecológico tipo Comparación de Grupos* (Kleinbaum, Kupper y Morgenstern, 1982), a través del cual fueron abordados (Figura 10) las desigualdades en las condiciones de vida, los resultados finales de salud y de acceso a servicios de salud de entre grupos de estudio formados según el criterio geopolítico que define las Entidades Federativas o Estados² del país, y las posibles relaciones entre las desigualdades-inequidades identificadas y tres estrategias de reforma desarrolladas en el país en los años de mencionados.

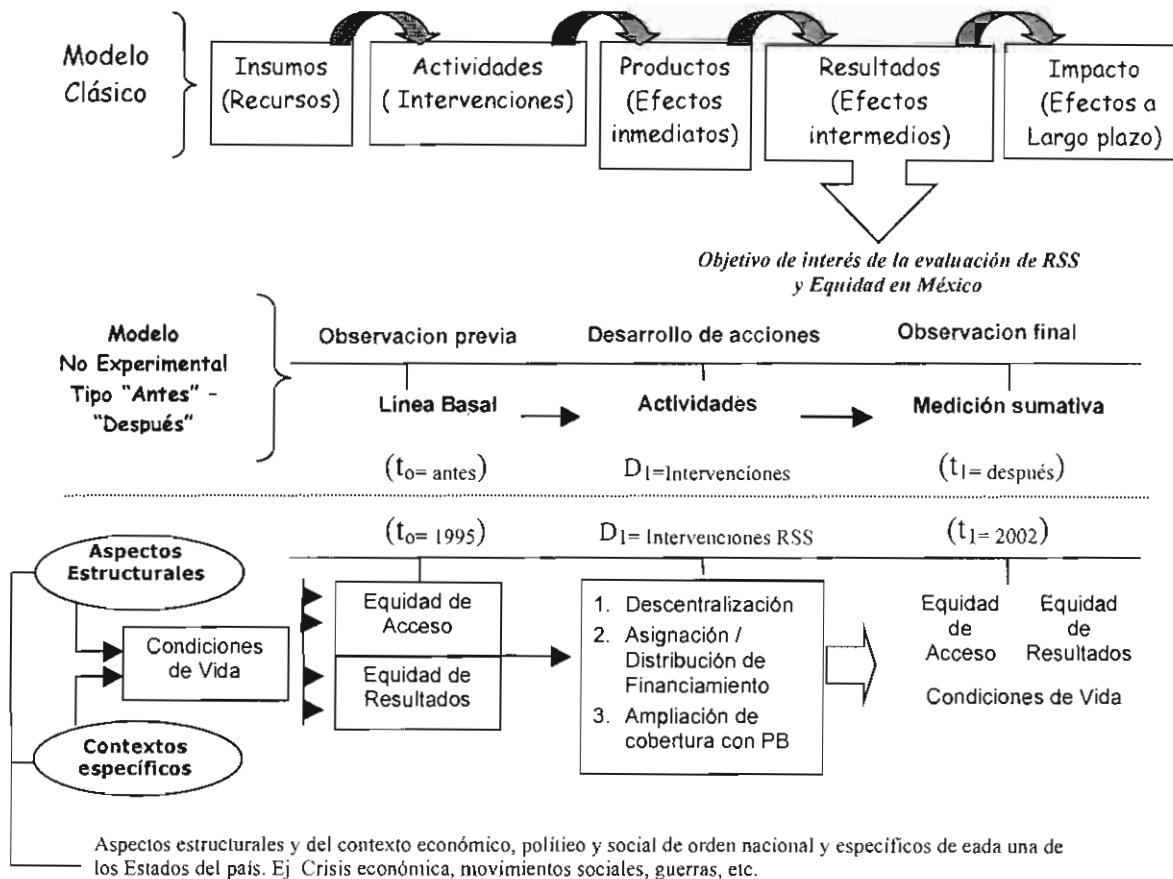
FIGURA 10. DIAGRAMA DEL DISEÑO DEL ESTUDIO ECOLÓGICO DE COMPARACIÓN DE GRUPO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN SOBRE RSS Y EQUIDAD EN MÉXICO.



² Para fines prácticos se asume la equivalencia entre Entidad Federativa y Estado para referirse a las 32 dependencias geopolíticas del país, aún cuando es sabido que el Distrito Federal no es un Estado plenamente constituido.

2. Un diseño de *evaluación no experimental de tipo "antes" – "después"* (Cohen y Franco, 2000) enfocado esencialmente en los resultados (efectos a mediano plazo) que sobre las condiciones de vida, los resultados finales de salud y el acceso a servicios pueden ser vinculados a las estrategias de la reforma mexicana entre 1995 y 2002 (Figura 11).

FIGURA 11. DIAGRAMA DEL DISEÑO DEL MODELO DE EVALUACIÓN NO EXPERIMENTAL TIPO "ANTES"- "DESPUÉS" APLICADO A LA INVESTIGACIÓN SOBRE RSS Y EQUIDAD EN MÉXICO.



El enfoque cualitativo, desde la *perspectiva interpretativa* se empleó para desarrollar un *análisis valorativo de aquellas desigualdades de salud que constituyen inequidades*, tomando como base los criterios éticos y de justicia social propuestos por Whitehead en 1991 (Whitehead, 1992) y los resultado de la comparación con estándares internacionales de países de América Latina según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

3.2 Población y grupos de estudio.

Se consideró como *población de referencia* a toda la población reportada para México y sus 32 Entidades Federativas según el Censo General de Población y Vivienda de 1995 y el Censo General de Población y Vivienda de 2000, ambos realizados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

La *población de estudio* estuvo compuesta por la población de México y sus 32 Entidades Federativas cuya *información estuvo disponible (o sea fue posible integrar) en bases de datos válidas y confiables* procedentes de diferentes *fuentes de información secundaria*, para los años de 1995 (t_0) y 2002 (t_1), en por lo menos tres dimensiones: (1) información demográfica, social y económica (condiciones de vida), (2) de las condiciones de salud, y (3) de los servicios de salud.

Los grupos de estudio fueron formados según el criterio geográfico, expresado por la condición geopolítica y administrativa que definen las 32 Entidades Federativas del país (Mapa 1). Esta consideración fue asumida sin desconocer que en los espacios geográficos comunes que comparten varios Estados conviven procesos demográficos, sociales, culturales, políticos, económicos y mercantiles de similares complejidades, lo que sugiere que muchas veces la realidad social de dichos Estados trasciende a la “simple y ficticia” división política-administrativa que sirvió de criterio para definir los grupos de estudio de ésta investigación.



MAPA 1.
MÉXICO POR ENTIDADES
FEDERATIVAS, 2006.

3.3 Planteamiento de variables (indicadores)

Las principales variables (*indicadores*³) para la investigación se agruparon y relacionaron (Figura 11) en cuatro grandes grupos, a saber:

- A. Indicadores relacionados con los resultados finales de salud entendidos como indicadores que reflejan la necesidad de atención expresada por la enfermedad y la muerte (Indicadores de mortalidad y morbilidad).
- B. Indicadores relacionados con los servicios de salud asumidos como la respuesta a la necesidad de atención en salud y expresada en indicadores de acceso, utilización y disponibilidad de servicios.
- C. Indicadores relacionados con las “Intervenciones de reforma” en este caso las estrategias de reforma puestas en marcha en México en el período sexenal de 1995 -2002:
 - (a) Indicadores de descentralización de servicios de salud,
 - (b) Indicadores de financiamiento y gasto en salud en salud, y
 - (c) Indicadores de cobertura de servicios de salud con paquete básico (PBSS).
- D. Indicadores relacionados con las condiciones socio-económicas de vida de los grupos de población expresados como indicadores sociales, económicos y del ambiente físico donde estos viven.

³ Indicador se define para fines de este trabajo como una noción de vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (ocurrencia de enfermedad u otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (grado de marginación social, cobertura de los servicios de salud, etc.) en una población específica. OPS, 2002.

El Cuadro 5 presentado a continuación resumen los indicadores empleados en el estudio según la categoría de clasificación, la dimensión de la equidad que integra y la fuente de información que los reporta. Por su parte el Cuadro 6 muestra la definición asumida por la investigación a cada uno de los indicadores empleados.

CUADRO 5. INDICADORES PROPUESTOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Clasificación de la variable	Dimensión de la variable	Indicadores (variable) potenciales propuestos	Fuente de información
Resultados (Equidad de resultados)	Condiciones de salud: Mortalidad y Morbilidad	. Esperanza de vida la nacer . Tasas de mortalidad infantil . Tasa de mortalidad en < 5 años . Tasa de mortalidad materna . Tasa de mortalidad por enfermedades específicas . Tasa de mortalidad general estandarizada . Incidencia de TB pulmonar.	SNIS-CS. Sistema de Información sobre condiciones de salud SISNAVE. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Servicios de Salud (Equidad de acceso)	Aeeeso, cobertura, disponibilidad y utilización de scrvicios	. % de población con derecho a la Seguridad Social. . % en niños y niñas de 1 año vacunados con esquema completo. . % de partos asistidos por personal adiestrado. . # Médicos por 1000 habitantes. . # camas censables por 1000 habitantes . Gasto público en salud <i>per cápita</i> . Gasto total en salud como % del PIB	SNIS-SS. Sistema de Información en servicios de salud SISNAVE
Intervenciones de reforma	Descentralización de los servicios de salud	. # de años con la descentralización . de años de instalación de los OPD de los servicios de salud	Alcances de la Reforma de 1995 (de la Fuentes y col.).
	Ampliación de la Cobertura de los servicios de salud con PBSS	. % de partos atendidos institucionalmente en el año . Número promedio de consultas prenatales por embarazadas. . % de población abierta atendida por primera vez en el año . % de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	SNIS-SS. Sistema de Información en servicios de salud Estudio de Verificación de la Cobertura Universal con PB (Molina y eol., 2001)
	Magnitud de la Asignación / Distribución de Financiamiento	. % de aportación Estatal en salud . % de aportación Federal en salud . Gasto total en salud como % del PIB . Gasto público en salud per cápita	SNIS-Cuentas Nacionales en Salud
Condiciones Socio-económicas vida (Condiciones de vida)	Demográficas y Socio-económicas y del ámbito físico	. % de población >15a alfabeta. . % de población que vive en pobreza . Índice de marginación . Ingreso anual <i>per cápita</i> dólares ajustados	Censo Nacional de Población y Vivienda 2000. Coteo de población de 1995. Sistema de Información de indicadores económicos de INEGI.

CUADRO 6. DEFINICIONES DE LOS INDICADORES PROPUESTOS.

ID	Nombre	Definición
EVN	Esperanza de vida la nacer	Número promedio de años que se espera vivirá un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico.
TMI	Tasas de mortalidad infantil	Cociente entre el número de muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 1.000 nacidos vivos.
TMMS	Tasa de mortalidad en < 5 años	Cociente entre el número de muertes de niños menores de 5 años de edad, en un determinado año y el número de nacidos vivos, para el mismo año, expresado por 1.000 nacidos vivos.
TMM	Tasa de mortalidad materna	Cociente entre el número de muertes maternas por causas atribuidas a complicaciones de la gestación y el parto en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 10.000 nacidos vivos.
PMES	Tasa de mortalidad por "enfermedades específicas"	Número total de muertes registradas, cuya causa básica de muerte seleccionada fue enfermedades infecciosas, de la reproducción y relacionadas con la desnutrición, para un año dado por 100,000 habitantes.
TMG	Tasa de mortalidad general estandarizada	Razón entre el número total de defunciones en una población de determinado sexo y el total de esa población, habiendo eliminado el efecto de las diferenciales en la distribución de edad en esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado.
IATBp	Incidencia Acumulada de TB pulmonar	Número de casos nuevos de tuberculosis bacilosópicamente confirmados registrados durante un año específico dividido por el total de población mayor de 15 años de ese mismo año por 100,000 mayores de 15 años.
PSS	% de población con derecho a la Seguridad Social (Derechohabiencia)	Proporción de la población que tiene la prerrogativa a recibir servicios médicos cuando la empresa o compañía en la que trabaja paga el servicios de una institución pública o privada o cuando una persona de manera particular paga al IMSS para que ella y/o su familiares tengan acceso a los servicios médicos que éste proporciona
CV1a	% en niños y niñas de 1 año vacunados con esquema completo	Total de niños y niñas de un año de edad con esquema de vacunación completo dividido por total de niños y niñas de un año de edad por 100.
PAPA	% de partos asistidos por personal adiestrado	Número de partos atendidos por personal capacitado durante un año específico, independientemente de su lugar de ocurrencia, expresado como porcentaje del número total de nacimientos en ese mismo año.
MDxH	# Médicos por 1000 habitantes.	Número de médicos disponibles por cada 1000 habitantes en una población, para un año dado.
CCxH	# camas censables por 1000 habitantes	Número de camas hospitalarias censables disponibles regularmente para el ingreso de pacientes por cada 1000 habitantes en una población, para un año dado.
GPPS	Gasto público en salud <i>per cápita</i>	Cociente entre el presupuesto público ejercido en salud (gasto público ejercido en salud) y total de población de responsabilidad de las instituciones públicas de salud (proyecciones de población).

ID	Nombre	Definición
GTSp	Gasto total en salud como % del PIB	Valor de la suma de los gastos público y privado en bienes y servicios por el cuidado de la salud de la economía nacional, en un periodo dado de tiempo, usualmente un año, expresado como porcentaje del correspondiente producto interno bruto (PIB).
ADSS	# de años en la descentralización	Número de años transcurridos desde la firma del acta complementaria de entrega-recepción de los recursos financieros, humanos y materiales transferidos a la Entidad Federativa hasta 2002.
AOPD	Tiempo de instalación de los OPD de los servicios de salud	Número de años transcurrido de la instalación de los órganos públicos descentralizados (OPD) de los servicios de salud en las Entidades Federativa.
PAUS	% de partos atendidos institucionalmente en el año	Partos atendidos en el primer y segundo nivel de atención (incluye partos eutócicos, distócicos y cesáreas) dividido por el total de partos atendidos en el primero y segundo nivel y fuera de la unidad de salud al año por 100
PCPE	Número promedio de consultas prenatales por embarazadas.	Total de consultas a embarazadas en el primer nivel de atención y fuera de la unidad de salud dividido por el total de consultas de primera vez por embarazo en el primer nivel de atención y fuera de la unidad.
PA1v	% de población abierta atendida por primera vez en el año	Total de población abierta atendida por primera vez en el año en los servicios de salud dividido por el total de población abierta registrada en los servicios de salud por 100.
MPF	% de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar	Total de usuarias activas de MPF en el 1er y 2do nivel y fuera de la unidad (incluye método oral, inyectable mensual y bimensual, DIU, quirúrgico, preservativo y otro) dividido por total de mujeres de la población abierta en edad fértil por 100.
AES	% de aportación Estatal en salud	Recursos financieros aportados por la Entidad Federativa para el financiamiento de la salud de la población no asegurada dividido sobre el total de recursos financieros existentes en la Entidad Federativa por 100.
AFS	% de aportación Federal en salud	Recursos financieros aportados por la Federación para el financiamiento de la salud de la población no asegurada de una Entidad Federativa determinada dividido sobre el total de recursos financieros federales destinados a la salud por 100.
PA15a	% de población >15a alfabeta	Número de personas mayores de 15 años que saben leer y escribir dividido sobre el total de población mayor de 15 años por 100.
IMG	Índice de marginación COPLADE	Medida compuesta por indicadores de cinco dimensiones: servicios de salud, educación, ingreso, bienes patrimoniales del hogar y vivienda, desarrollado por COPLADE que como resultado divide a la población en grados de marginalidad (muy alta, alta, media, baja y muy baja).
IAp	Ingreso anual <i>per cápita</i> ajustado en \$ internacionales	Valor de mercado promedio por persona de la suma de los ingresos primarios brutos percibibles por todas las unidades institucionales residentes en una determinada economía nacional, en un periodo dado de tiempo, usualmente un año, expresado en dólares internacionales usando tasas de paridad del poder adquisitivo monetario.

3.4 Fuentes de información, recolección y procesamiento de datos.

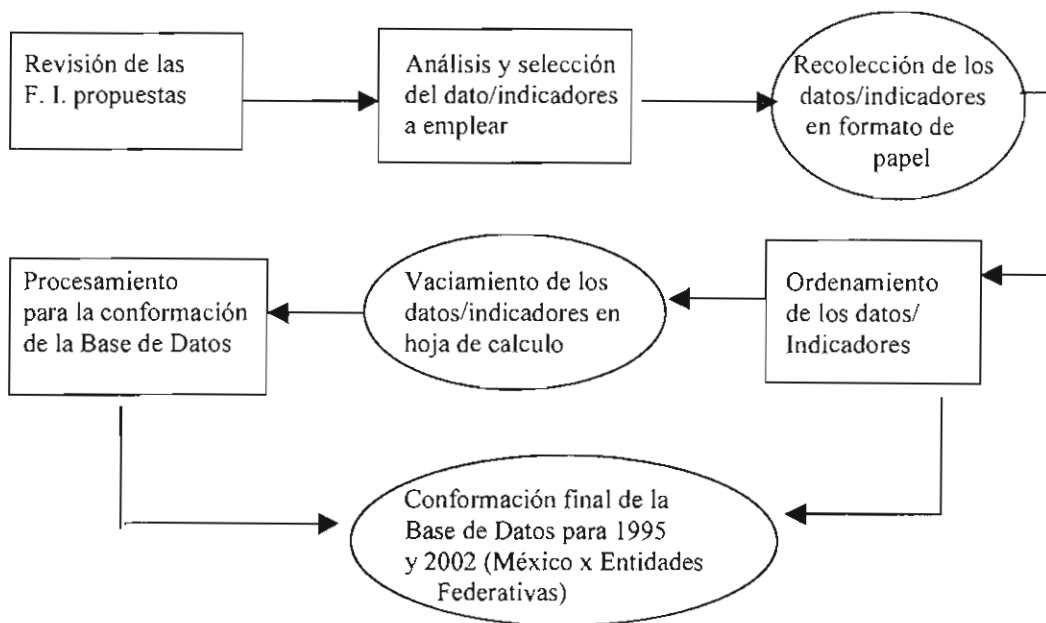
Las fuentes de información fueron de tipo *secundaria* e incluyeron 3 subtipos particulares ampliamente desarrolladas en el país (Cuadro 7): a) Encuestas de Hogares y Censos de población y vivienda, b) Sistema de Información en Salud y de vigilancia epidemiológica, y c) Estudios específicos:

CUADRO 7. FUENTES DE INFORMACIÓN PROPUESTAS A UTILIZAR EN EL ESTUDIO.

Tipo de Fuente	Nombre de la Fuente	Institución de procedencia	Dimensiones exploradas con interés para la investigación
Encuestas de salud	Encuesta Nacional de Salud Encuesta Nacional de Nutrición	SSA, 2000	Características de la población, viviendas y hogares. Utilización de servicios de salud. Gastos de bolsillo. Niveles de nutrición en la población
Encuestas demográficas y de otro tipo	Conteo de Población y Vivienda	INEGI, 1995	Características demográficas, socio-económicas y de las viviendas.
	Encuesta de Ingreso y Gasto de Hogares	INEGI, 1995 y 2002	Características de empleo, ingreso y gastos de la población.
	Estadísticas de población	CONAPO, 2002	Indicadores demográficos y proyecciones de población.
Censos de población y viviendas	Censo General de Población y Vivienda	INEGI, 2000	Características demográficas, sociales, culturales y económicas de la población y de las viviendas y hogares.
Sistemas de Información en Salud	1. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud (SCNS)	DGIS-SSA	Indicadores de financiamiento en salud
	2. Sistema de Información en Servicios de Salud (SISS)	DGIS-SSA	Indicadores de acceso, cobertura, recursos y servicios de salud.
	3. Sistema de Información para población Abierta (SISPA),		Morbilidad y algunos recursos del sistema
	4. Sistema de Egresos Hospitalarios (SAEH)	DGIS-SSA	Morbilidad, egresos y mortalidad hospitalaria.
	5. Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED)	DGIS-SSA	Mortalidad.
Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)	1. Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE)	DGE-SSA	Incidencia de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica incluidas las EDO.
Estudios específicos	1. Verificación de la cobertura universal de los servicios de salud	OPS/OMS México, 2002	Datos e información sobre la cobertura de servicios de salud por PBSS.
	2. Análisis del grado de marginación de la población en México	CONAPO, 2000	Clasificación de la población de México según el grado de marginación social.

El procedimiento general para la recolección de los datos se realizó a través de la revisión documental de informes de trabajo, documentos técnicos, informes de resultados de encuestas, bases de datos publicadas en formato electrónico, tabulados de datos impresos, entre otros, originados por las diferentes fuentes de información secundarias mencionadas anteriormente. Concluida la revisión de dichas fuentes de información, se procedió a la selección de indicadores que se emplearon en el análisis de acuerdo a los ámbitos y dimensiones definidas. Posteriormente, se dio paso a la síntesis de dichos indicadores a través del vaciado de datos en un formato en papel expresamente preparado para esto (Tabla de vaciamiento de datos), para su posterior ordenamiento y captura de los datos (indicadores) en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2003, conformando la *base de datos* final del estudio (laboratorio del estudio) que se empleó en el análisis (Figura 12).

FIGURA 12. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, SELECCIÓN DE INDICADORES Y CONFORMACIÓN DE LA BASE DE DATOS.



3.5 Plan de análisis de los datos

Tratamiento cuantitativo de los datos: medición de las desigualdades de salud.

1. Exploración y descripción de los indicadores de resultados de salud, servicios de salud y condiciones de vida, a través de distribuciones de frecuencia (análisis univariante) para 1995 y 2002 con ayuda de una hoja de cálculo en Microsoft Office Excel 2003.
2. Análisis comparativo y de asociación de los indicadores de resultados de salud, servicios de salud y condiciones de vida con arreglo a las unidades de observación (México país y Entidades Federativas) para el año 1995 y 2002 mediante distribuciones de frecuencia bivariadas y matrices de correlación (análisis bivariante) con apoyo del paquete de análisis de datos Stata v. 7.0 para Windows.
3. Medición de las desigualdades

La medición de las desigualdades se hizo a través del Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS) diseñado originalmente por López-Pardo⁴ en el 2000 (López, 2001) para realizar una medición de las desigualdades en salud en los países de las Américas, con un concepto integral en salud, bajo el supuesto de que tales desigualdades se explican en gran parte por las inequidades. Es decir, se asumió que las diferencias observadas entre las Entidades Federativas en cuanto a las condiciones de vida, resultados de salud y acceso a los servicios de salud, son valoradas desde la perspectiva de la justicia social como injustas, evitables, e inaceptables al ser susceptibles de ser resueltas a través de políticas sociales.

Para este estudio la medición de las desigualdades en salud también partió de un concepto integral de salud, que incorporó tanto los resultados finales de salud (dimensión resultados de salud) como lo relacionado con los servicios de salud incluidas las estrategias denominadas “intervenciones de reforma” en México (dimensión acceso a los servicios de salud), así como un grupo de determinantes

⁴ López, C. (2000). “Inequidades en el desarrollo humano y en especial en salud en América Latina y el Caribe”. (Tesis doctoral), Universidad de La Habana. La Habana, Cuba.

del económico-sociales y del ámbito físico (condiciones de vida), para las 32 Entidades Federativas del país incluyendo al Distrito Federal. Con base en esta información se procedió con ayuda del paquete de Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados (Epidat 3.1⁵) al cálculo de las inequidades relativas y el índice parcial de inequidad que constituyen el fundamento del INIQUIS (Cuadro 8).

CUADRO 8. SÍNTESIS METODOLÓGICA DEL CÁLCULO DEL INIQUIS (HERVADA-VIDAL Y COL., 2003)

El cálculo de INIQUIS parte de un conjunto de indicadores que reflejen el concepto de inequidad en salud, medidos en un grupo de unidades geográficas, y se construye a partir de un procedimiento interactivo. La idea es definir un indicador inicial (fundamental) que se entiende no debe dejar de formar parte del índice y a partir de ahí realizar una incorporación paso a paso de indicadores mediante una regla de decisión. La determinación de los indicadores que formarán parte del INIQUIS se basa en la identificación de aquellos que sean “distantes” e “incorrelacionados”. Dicho de otra manera, la metodología usa un procedimiento para la medición de distancias euclidianas promedio entre indicadores (selección de indicadores “distantes”), y el coeficiente de correlación de *Spearman* (selección de indicadores “incorrelacionados”), para determinar si un indicador se incorpora o no al índice.

La medición de la distancia en términos relativos de un indicador en una unidad geográfica determinada respecto del mejor valor alcanzado entre las restantes unidades se denomina *Inequidad relativa*. Este valor será el mínimo si el indicador en cuestión es “negativo” y el máximo en el caso contrario, es decir “positivo”, razón por la que se sugiere cambiar el signo a los indicadores “negativos” para expresarlos como “positivos”. El método de cálculo del INIQUIS opera con los valores de las inequidades relativas en lugar de los valores iniciales que toma cada indicador. Con este procedimiento se consigue “estandarizar” el rango de variación de los indicadores, de modo que todos tomen valores entre 0 y 1.

El *índice parcial de inequidad*, es el que calcula en cada unidad geográfica, al obtenerse como la media aritmética de las inequidades relativas correspondientes a un subconjunto de los indicadores de partida. Este índice construido con los indicadores seleccionados será el INIQUIS, que toma valores entre 0 y 1, y en una unidad geográfica representa la distancia media a las unidades geográficas con mejor situación en término de los indicadores que integran el índice. De esta forma, los valores próximos a 1 indican peor situación y viceversa, valores próximos a 0 corresponden a la mejor situación.

⁵ Conselleria de Sanidade de la Xunta de Galicia y la Organización Panamericana de la Salud. EPIDAT 3.1. Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados. OPS. Washington DC, 2003.

Metodológicamente INIQUIS (Hervada-Vidal y col., 2003. En: EPIDAT 3.1) se entiende como la "identificación de la existencia de desigualdades, maximizando las diferencias entre unidades de observación y utilizando el menor número posible de indicadores, lo que limita la correlación entre ellos". En otras palabras, se trata de un índice que al incorporar un grupo de indicadores de variada naturaleza permite medir de forma sintética las desigualdades de salud. En términos generales, INIQUIS requiere de la definición de los indicadores que deberá incorporar para su constitución, así como del peso que cada uno de ellos debe tener. El primer asunto implica la necesidad de definir criterios en cuanto al número y selección de los indicadores a considerar (tarea controversial dado la falta de acuerdo en este sentido) y el segundo, en tratar de evitar el riesgo de incluir indicadores altamente correlacionados.

Cálculo del INIQUIS: medición de las desigualdades en salud.

El índice de inequidades en salud (INIQUIS), fue calculado por separado para los años 1995 y 2002, lo que permitió obtener modelos del INIQUIS para ambos años. En caso de 2002 se abordó primero el modelo INIQUIS construido con los mismos indicadores del año 1995 y posteriormente para el mismo año 2002 se describe el modelo del INIQUIS, el cual adiciona los indicadores sobre las llamadas "intervenciones de reforma", esto último, con el propósito de visualizar el comportamiento del INIQUIS en presencia de dichos indicadores y establecer las diferencias experimentadas en los niveles de desigualdad en presencia o no de dichos indicadores.

Las desigualdades fueron analizados para las condiciones de vida y dos dimensiones de la equidad: resultados de salud y acceso a servicios de salud⁶. Este mismo patrón fue asumido para cada año, lo que posibilitó obtener un modelo

⁶ Para efectos de la medición de las desigualdades en salud a través del INIQUIS se consideró que si bien los procesos que representan las condiciones de vida están mediando entre los aspectos estructurales y contextuales de la realidad social y el sistema de salud propiamente, es decir, sobre los resultados de salud, el acceso a los servicios y la calidad de la atención, éstas condiciones de vida también pueden ser vistas relacionadas con las dimensiones de la equidad en salud en el sentido inverso, donde una mejor condición de salud o de acceso permite también unas mejores condiciones de vida.

del INIQUIS para cada dimensión explorada. Por su parte, los indicadores seleccionados para explorar, a través del cálculo del INIQUIS, cada dimensión fueron también los mismos para cada año, sin embargo, para el caso del modelo INIQUIS de 2002 al pretender explorar las desigualdades de salud considerando las “intervenciones de reforma”, incorporó indicadores relacionados con dichas intervenciones.

Con base en lo anterior y asumiendo el tipo o naturaleza de los indicadores propuestos como iniciales para el cálculo del INIQUIS, además de la incorporación representativa de los indicadores sobre cada una de las dimensiones de la equidad y para las condiciones de vida, se obtuvo finalmente el INIQUIS para la: a) Condiciones de vida, tomando como indicador de inicio el índice de marginación social (IMG); b) Resultados, tomando como indicador de inicio la esperanza de vida al nacer (EVN); c) Acceso a servicios de salud, tomando como indicador de inicio el porcentaje de atención al parto por personal adiestrado (PAPA).

Para el análisis del INIQUIS para cada una de las dimensiones de la desigualdad en salud y para las condiciones de vida, se consideró que:

- un puntaje superior a 0.50 (punto de referencia) era sugestivo de la *existencia de desigualdad relativa global*, ya que se partió de la apreciación que este valor correspondía a la media nacional de la situación de desigualdad en salud.
- que un puntaje superior a 0.75 del INIQUIS era expresión de *alta desigualdad relativa global* especialmente porque denotaba la marcada distancia que separaría a las unidades de análisis de los valores menores a 0.50 el cual sugeriría un estado de *mejor situación de desigualdad relativa global de salud*.
- que los valores del INIQUIS menores a 0.25 sirvieron para clasificar a las Entidades Federativas, como de “*no desigualdad relativa global aparente*”.

Puntaje	Interpretación
< 0.25	“No desigualdad relativa aparente”
< 0.50	Menor desigualdad relativa
> 0.50	Existencia de desigualdad relativa
> 0.75	Alta desigualdad relativa

Finalmente, para considerar a un Estado en *situación de desigualdad relativa global de salud* se tomaron en cuenta los valores obtenidos del INIQUIS de 1995 y 2002-Reforma para cada una de las dimensiones analizadas. Posteriormente estos resultados fueron promediados para cada año, obteniéndose como resultado un valor del INIQUIS promedio, el cual permitió interpretar el comportamiento de la desigualdad relativa global de salud de cada una de las Entidades Federativas. El Cuadro 9 muestra una síntesis de los pasos generales que guiaron la medición de las desigualdades relativas para las dimensiones de equidad y las condiciones de vida mediante el cálculo del INIQUIS.

CUADRO 9. PASOS GENERALES PARA LA MEDICIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN LOS RESULTADOS DE SALUD Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD.

Pasos	Descripción	
Pregunta guía	¿Existen desigualdades relativa global en los resultados de salud, el acceso a servicios y/o las condiciones de vida entre las entidades federativas del país para 1995 y 2002?	
Población de estudio	Población de las entidades federativas del país para 1995 y 2002	
Unidad de análisis	Entidad Federativa (32)	
Medida de desigualdad	Índice de inequidades en salud (INIQUIS) calculado por Epidat 3.1.	
Indicadores iniciales utilizados	<i>Resultados de Salud</i>	<i>Acceso a servicios de salud</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Esperanza de vida al nacer (EVN) 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de partos atendidos por personal adiestrado (PAPA)
	<i>Condiciones de vida</i>	
Plan de análisis para INIQUIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Describir la distribución del INIQUIS de acuerdo a cada indicador inicial según dimensión de equidad y condiciones de vida para 1995 y 2002 2. Analizar la variabilidad del INIQUIS de acuerdo a cada indicador inicial según dimensión de equidad y condiciones de vida para 1995 y 2002. 3. Analizar la variabilidad del INIQUIS (media nacional) de acuerdo a cada indicador inicial según dimensión de equidad y condiciones de vida entre 1995 y 2002 4. Describir e interpretar la distribución del INIQUIS de acuerdo a cada indicador inicial para 2002 en presencia de las Intervenciones de Reforma. 5. Interpretar los resultados del INIQUIS según tabla de posición de las Entidades Federativas de acuerdo a cada indicador inicial para 1995 Vs. 2002. 6. Describir el nivel de desigualdad relativa global de las Entidades Federativas con base al INIQUIS de 1995 y compararlo con el obtenido para 2002 teniendo en cuenta el INIQUIS 2002-Reforma. 	

Previo a la obtención de los modelos INIQUIS para cada año de análisis, fue elaborada una propuesta teórica inicial de dichos modelos integrada por los indicadores que se proponen incluir en cada modelo del INIQUIS para cada dimensión de equidad y para las condiciones de vida con la finalidad de guiar el proceso de análisis, asumiendo que los indicadores seleccionados son sensibles a expresar desigualdad relativa global y a modificarse en presencia de las “intervenciones de reforma” objetos de análisis y de los procesos estructurales y contextuales que tienen lugar en la realidad social donde las reformas se desarrollan, aunque dichos procesos dada su complejidad sean invaluableles.

Las combinaciones establecidas para los modelos INIQUIS de 1995 no incluyen “indicadores de reforma” dado que para ese año éstas intervenciones no se habían desarrollado o escasamente comenzaban su implementación en el país. Por el caso de 2002, los modelos preestablecidos del INIQUIS se presentaron en dos modalidades: una sin los “indicadores de reforma”, y dos “con los indicadores de reforma”, de tal manera que se pudiera visualizar los resultados del INIQUIS en presencia o no de dichos indicadores para cada una de las dimensiones de la equidad y las condiciones de vida analizadas por la investigación.

A continuación se presentan cuadros que muestran la propuesta teórica que guió el cálculo del INIQUIS con base en la combinación teórica de los indicadores que integraron cada modelo según la dimensión de equidad en cuestión y las condiciones de vida, al tiempo de conservar los requisitos metodológicos mínimos explicitados para la obtención de INIQUIS, es decir, 1 indicador inicial y un máximo entre 10 y 15 indicadores incorporados. De esta forma los modelos fueron separados bajo la denominación de:

- Modelo teórico INIQUIS 1995 y INIQUIS 2002 (sin “intervenciones de reforma”), ambos resumidos en el Cuadro 10.
- Modelo teórico INIQUIS-Reforma 2002 considerando la presencia de las “intervenciones de reforma”, el cual se presenta en el Cuadro 11.

**CUADRO 10. MODELO TEÓRICO INIQUIS 1995 Y INIQUIS 2002
(SIN "INTERVENCIONES DE REFORMA")**

Dimensión	Indicadores iniciales	Indicadores a incluir
Desigualdad-equidad de Resultados	Esperanza de vida al nacer (EVN)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Esperanza de vida al nacer ○ Tasa de mortalidad infantil ○ Tasa de mortalidad materna ○ Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas ○ % de población con Seguridad Social ○ % en niños y niñas de 1 año vacunados con esquema completo ○ # de Médicos por cada 1000 habitantes ○ Gasto público en salud <i>per cápita</i> ○ % de población >15a alfabeto ○ Índice de marginación
Desigualdad-equidad de Acceso	% de partos atendidos por personal adiestrado (PAPA)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tasa de mortalidad en menores de 5 años ○ Tasa de mortalidad materna ○ Incidencia de TB pulmonar ○ # de Médicos por cada 1000 habitantes ○ % de partos atendidos por personal adiestrado ○ # camas censables por 1000 habitantes ○ Gasto total en salud como % del PIB ○ Índice de marginación ○ Ingreso Anual per cápita en \$ ajustados ○ % de población >15a alfabeto
Desigualdad-equidad de Condiciones de vida	Índice de marginación (IMG)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Esperanza de vida al nacer ○ Tasa de mortalidad infantil ○ Tasa de mortalidad general estandarizada ○ % de población con Seguridad Social ○ % en niños y niñas de 1 año vacunados con esquema completo ○ % de partos atendidos por personal adiestrado ○ # de Médicos por cada 1000 habitantes ○ % de población >15a alfabeto ○ Índice de marginación ○ Gasto total en salud como % del PIB

**CUADRO 11. MODELO TEÓRICO INIQUIS-REFORMA 2002
(CON "INTERVENCIONES DE REFORMA")**

Dimensión	Indicadores iniciales	Indicadores a incluir
Desigualdad-equidad de Resultados	Esperanza de vida al nacer (EVN)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Esperanza de vida al nacer ○ Tasa de mortalidad infantil ○ Tasa de mortalidad materna ○ Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas ○ % de población con Seguridad Social ○ % en niños y niñas de 1 año vacunados con esquema completo ○ # de Médicos por cada 1000 habitantes ○ Gasto público en salud <i>per cápita</i> ○ % de población >15a alfabeto ○ Índice de marginación
Desigualdad-equidad de Acceso	% de partos atendidos por personal adiestrado (PAPA)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tasa de mortalidad en menores de 5 años ○ Tasa de mortalidad materna ○ Incidencia de TB pulmonar ○ # de Médicos por cada 1000 habitantes ○ % de partos atendidos por personal adiestrado ○ # camas censables por 1000 habitantes ○ Gasto total en salud como % del PIB ○ Índice de marginación ○ Ingreso Anual per cápita en \$ ajustados ○ % de población >15a alfabeto
Desigualdad-equidad de Condiciones de vida	Índice de marginación (IMG)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Esperanza de vida al nacer ○ Tasa de mortalidad infantil ○ Tasa de mortalidad general estandarizada ○ % de población con Seguridad Social ○ % en niños y niñas de 1 año vacunados con esquema completo ○ % de partos atendidos por personal adiestrado ○ # de Médicos por cada 1000 habitantes ○ % de población >15a alfabeto ○ Índice de marginación ○ Gasto total en salud como % del PIB
Indicadores sobre las "intervenciones de reforma" (incluidos en todas las dimensiones)		
Descentralización		<ul style="list-style-type: none"> • # de años con la descentralización • de años de instalación de los OPD de los servicios de salud
Asignación / Distribución de Financiamiento y gasto		<ul style="list-style-type: none"> • % de partos atendidos institucionalmente en el año • Número promedio de consultas prenatales por embarazadas. • % de población abierta atendida por primera vez en el año • % de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.
Ampliación Cobertura con PBSS		<ul style="list-style-type: none"> • % de aportación Estatal en salud • % de aportación Federal en salud • Gasto total en salud como % del PIB • Gasto público en salud per cápita

En una etapa posterior se compararon las diferencias de las desigualdades relativas de salud con base en los modelos INIQUIS obtenidos para 1995 y 2002 para cada Entidad Federativa, con el objetivo de determinar grado de variación del INIQUIS entre 1995 y 2002, y con ello evidenciar si se experimentaron incremento o decrementos aparentes de las desigualdades relativas globales de salud en las dos dimensiones de equidad estudiadas y en las condiciones de vida.

Finalmente, se procedió al análisis relacional entre las “intervenciones de reforma” con base en sus indicadores y las desigualdades relativas globales de salud con base en el INIQUIS. En un primer momento, se identificaron cualitativamente los posibles efectos de las “intervenciones de reforma” sobre las desigualdades relativas globales para cada dimensión de la equidad y las condiciones de vida a través del examen de los resultados de los modelos del INIQUIS 1995 e INIQUIS 2002, con el propósito de observar los cambios en el puntaje del INIQUIS y de los indicadores que dicho modelo selecciona como los que mejores explican la situación de desigualdad-inequidad relativa global de los territorios geográficos analizados.

El análisis para el modelo INIQUIS 2002-Reforma siguió la misma secuencia propuesta para los modelos de INIQUIS de 1995 y 2002 (ver cuadro 5). Sin embargo, el análisis comparativo y de relación estuvo mediado por el establecimiento del modelo INIQUIS 2002 como “modelo control”. Lo que permitió esencialmente identificar el comportamiento del INIQUIS en presencia de múltiples variables denominadas “intervenciones de reforma”, cuyos resultados al compararlo con los obtenidos en el modelo INIQUIS 2002 nos permite aproximarnos a identificar si ha habido algún efecto de las “intervenciones de reforma” sobre las desigualdades-inequidades de salud. En este punto último insistimos en considerar que tales análisis fueron de naturaleza exploratoria, más orientados observar la presencia o no de modificaciones, sin que ellos sugiera una atribución directa o indirecta a las reformas desarrolladas como causas del deterioro o logro de la equidad en salud.

3.6 Análisis de las desigualdades de salud que constituyen inequidades.

Momento 1. Una vez concluida la medición de las desigualdades en los resultados de salud y el acceso a los servicios específicamente entre las Entidades Federativas del país mediante el cálculo del INIQUIS para el 2002, se procedió a la comparación teórica (no estadística) de los indicadores seleccionados sobre resultados de salud y acceso a servicios de salud con indicadores del mismo tipo que constituyen *estándares de referencia* para América Latina reconocidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para 2002 (Cuadro 12).

CUADRO 12. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES INDICADORES* DE SALUD DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA DEFINIDOS COMO PROMEDIO POR LA OPS

Indicador de salud	Dimensión de la equidad	Valor del Indicador
Resultados de Salud		
• Esperanza de vida la nacer	Equidad de resultados de salud	72.6
• Tasas de mortalidad infantil (x 1,000 nv)		24.9
• Tasa de mortalidad en < 5 años (x 1,000 menores de 5a)		33.2
• Tasa de mortalidad materna (x 10,000 nv)		9.4
• Tasa de mortalidad por enfermedades trasmisibles (x100,000)		78.2
• Tasa de mortalidad general (x100,000 hab)		7.0
• Incidencia de TB pulmonar (x 100,000)		22.2
Servicios de Salud		
• % de población con derecho a la Seguridad Social	Equidad de acceso a servicios de salud	35.2
• % de partos asistidos por personal adiestrado.		88.1
• % de vacunación en niños de 1 año		89.8
• % de mujeres en edad fértil que usan métodos de planificación familiar		65.0
• # Médicos por 1000 habitantes.		1.8
• # camas censables por 1000 habitantes		1,9
• # Egresos por 1000 habitantes.		ND
• Gasto publico en salud <i>per cápita</i>		ND
• Gasto total en salud como % del PIB		ND
• Ingreso anual <i>per cápita</i> (\$ ppa)		7,285

*Datos expresados como promedio de todos los países de América Latina. Indicadores Básicos. Situación de Salud de Las América. OPS, 2002.

Momento 2. Finalmente, se realizó la valoración de aquellas desigualdades que constituyen inequidades, es decir, que aludían a evitabilidad, injusticia e inaceptabilidad según los criterios esbozados por Whitehead (1991). En otras palabras, el análisis de inequidad se planteó desde la postura teórica-conceptual y metodológica que asume que las diferencias que expresan desigualdad entre los grupos de estudio en cuanto a la distribución de los resultados finales de salud el

acceso a los servicios de salud y a las condiciones de vida, al ser valoradas desde los planteamientos de la visión igualitarista de la justicia social; pero también desde las consideraciones que apuntan a ubicar las desigualdades sociales como determinantes de las desigualdades de salud.

Los pasos (Cuadro 13) que guiaron el análisis valorativo general partiendo de:

- la comparación de los indicadores seleccionados con los estándares internacionales de la OPS
- la valoración ética sobre las diferencias encontradas tanto en lo biológico como en lo referente al estilo de vida o a los comportamientos transitorios que tienen lugar entre la población y,
- la valoración de justicia respecto a si las diferencias se deben a una exposición a las condiciones de vida, restricción del acceso a servicios de salud o exposición inadecuada a las condiciones de trabajo

CUADRO 13. CRITERIOS VALORATIVOS PARA CALIFICAR LAS DESIGUALDADES COMO INEQUIDADES DE RESULTADOS Y ACCESOS A SERVICIOS DE SALUD.

Indicadores de Salud promedio según la OPS	Valoración Ética	Valoración de Justicia
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo está el indicador promedio respecto al indicador definido como estándar? • ¿Cómo está el indicador de acuerdo al grupo de población que corresponda respecto al indicador definido como estándar? • ¿Qué concluye en cada caso tras el proceso de comparación? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Son diferencias biológicas? • ¿Son diferencias del estilo de vida? • ¿Son diferencias debidas a comportamientos transitorios? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se deben las diferencias a una exposición a las condiciones de vida? • ¿Se deben las diferencias a una restricción del acceso a servicios de salud? • ¿Se deben las diferencias a una exposición inadecuada a las condiciones de trabajo? • ¿El origen de las diferencias es en el nivel individual, comunitario o general?

Capítulo 4.

Resultados de la investigación: las desigualdades-inequidades en salud y los efectos de la reforma sanitaria.

4.1 Comportamiento de los indicadores sobre condiciones de vida y de salud entre 1995 y 2002.

El estudio finalmente incluyó para el análisis un total de 17 indicadores tabulados para los años 1995 y 2002, de los cuales 7 pertenecieron a la dimensión de resultados de salud, 7 a la de servicios de salud y 3 a la de condiciones de vida. No obstante, sumado a lo anterior, el número de indicadores denominados “intervenciones de reforma” incluido para 2002 fueron 8, todos pertenecientes a la dimensión de servicios de salud (Cuadro 14)

CUADRO 14. LISTADO FINAL DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO SEGÚN DIMENSIÓN DE ANÁLISIS.

Condiciones de Vida		
<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población > 15 años alfabeto • Índice de marginación social • Ingreso anual <i>per cápita</i> (\$US ajustados) 		
Resultados finales	Servicios de Salud	Reforma
<ul style="list-style-type: none"> • Esperanza de vida al nacer • Tasa de mortalidad general • Tasa de mortalidad infantil • Tasa de mortalidad materna • Tasa de mortalidad < 5 años • Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas, de la reproducción y relacionadas con la desnutrición • Incidencia acumulada de Tuberculosis pulmonar en > 15 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población con derecho a la seguridad social • Porcentaje de partos atendidos por personal adiestrado • Porcentaje de niños de 1 año vacunados con esquema completo • Número de médicos por habitantes • Número de camas censables por habitantes • Gasto público en salud <i>per cápita</i> • Gasto total en salud como porcentaje del PIB 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de años en la descentralización de los SS • Número de años de instalados los OPD • Porcentaje de aportación financiera estatal en salud • Porcentaje de aportación financiera federal en salud • Número promedio de consultas prenatales por embarazada • Porcentaje de partos atendidos institucionalmente • Número de población abierta atendida por 1era vez en el año • Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar

Capítulo 4.

Resultados de la investigación: las desigualdades-inequidades en salud y los efectos de la reforma sanitaria.

4.1 Comportamiento de los indicadores sobre condiciones de vida y de salud entre 1995 y 2002.

El estudio finalmente incluyó para el análisis un total de 17 indicadores tabulados para los años 1995 y 2002, de los cuales 7 pertenecieron a la dimensión de resultados de salud, 7 a la de servicios de salud y 3 a la de condiciones de vida. No obstante, sumado a lo anterior, el número de indicadores denominados “intervenciones de reforma” incluido para 2002 fueron 8, todos pertenecientes a la dimensión de servicios de salud (Cuadro 14)

CUADRO 14. LISTADO FINAL DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO SEGÚN DIMENSIÓN DE ANÁLISIS.

Condiciones de Vida		
<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población > 15 años alfabeto • Índice de marginación social • Ingreso anual <i>per cápita</i> (\$US ajustados) 		
Resultados finales	Servicios de Salud	Reforma
<ul style="list-style-type: none"> • Esperanza de vida al nacer • Tasa de mortalidad general • Tasa de mortalidad infantil • Tasa de mortalidad materna • Tasa de mortalidad < 5 años • Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas, de la reproducción y relacionadas con la desnutrición • Incidencia acumulada de Tuberculosis pulmonar en > 15 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población con derecho a la seguridad social • Porcentaje de partos atendidos por personal adiestrado • Porcentaje de niños de 1 año vacunados con esquema completo • Número de médicos por habitantes • Número de camas censables por habitantes • Gasto público en salud <i>per cápita</i> • Gasto total en salud como porcentaje del PIB 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de años en la descentralización de los SS • Número de años de instalados los OPD • Porcentaje de aportación financiera estatal en salud • Porcentaje de aportación financiera federal en salud • Número promedio de consultas prenatales por embarazada • Porcentaje de partos atendidos institucionalmente • Número de población abierta atendida por 1era vez en el año • Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar

Condiciones de vida

El porcentaje de la población mayor de 15 años alfabeto (PA15a), las cifras registradas en 1995 y 2002 son muy similares (Cuadro 15).

CUADRO 15. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN >15 AÑOS ALFABETA Y EL INGRESO ANUAL PER CÁPITA AJUSTADO SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS. MÉXICO, 1995 Y 2002.

Entidades Federativas	1995		2002	
	PA15a*	Iap**	PA15a	Iap
Agascalientes	94.40	6,443	94.80	9,443
Baja California	96.00	671	96.00	9,571
Baja California Sur	95.10	5,722	95.80	8,722
Campeche	86.20	10,153	88.40	13,153
Coahuila	95.20	7,808	95.90	10,808
Colima	91.40	5,048	92.70	8,048
Chiapas	73.70	1,302	76.40	3,302
Chihuahua	94.60	7,324	95.10	10,324
Distrito Federal	97.00	15,696	96.90	17,696
Durango	94.00	3,725	95.00	6,725
Guanajuato	85.90	2,376	87.40	5,376
Guerrero	76.10	1,112	78.80	4,112
Hidalgo	83.10	1,690	84.70	4,690
Jalisco	92.60	4,412	93.30	7,412
México	92.90	2,672	93.40	5,672
Michoacán	84.60	1,785	85.90	4,785
Morelos	89.40	3,820	90.40	6,820
Nayarit	89.90	1,709	90.90	4,709
Nuevo León	96.20	10,033	96.60	13,033
Oaxaca	76.90	1,489	78.20	3,489
Puebla	83.70	2,976	85.30	5,976
Querétaro	88.10	6,562	89.70	9,562
Quintana Roo	90.30	9,039	92.70	12,039
San Luis Potosí	86.80	2,699	88.80	5,699
Sinaloa	91.70	2,905	92.10	5,905
Sonora	95.10	5,761	95.40	8,761
Tabasco	89.00	1,960	89.80	4,960
Tamaulipas	94.00	5,757	94.60	7,757
Tlaxcala	91.20	1,221	92.00	4,221
Veracruz	83.60	1,535	84.50	4,535
Yucatán	85.00	3,342	87.40	6,342
Zacatecas	91.00	1,210	91.70	4,210
Nacional	89.40	4,495	90.30	7,495

*PA15a: porcentaje de población mayor de 15 años alfabeto.

**Iap: ingreso anual per cápita en dólares ajustados (para 1995 y 2002 respectivamente).

Para 1995 la población mayor de 15 años fue 89.40%, mientras que para 2002 fue de 90.30%, observándose un ligero incremento de casi un punto porcentual. Para 1995, 11 (34.3%) Estados mostraron proporciones menores a la reportada como promedio nacional, siendo los estados de Chiapas (73.7%), Guerrero (76.1%),

Oaxaca (76.9%) los estados de mas bajo porcentaje. Por el contrario la distribución de las Entidades Federativas que sobrepasaban el promedio nacional fueron 21 (65.6%), observándose que los estados con más alto porcentaje fueron el Distrito Federal (97.0%), Nuevo León (96.20%) y Baja California Sur (96.0%), seguidos de Coahuila (95.20%), Baja California Sur y Sonora con 95.10% respectivamente. En el 2002, prácticamente todos los Estados incrementaron, aunque muy ligeramente, los porcentaje de la población mayor de 15 años alfabeto, especialmente Colima (92.7%), Campeche (88.40%), Chiapas (76.4%), Guanajuato (87.4%), Guerrero (78.8%), Oaxaca (78.20%), Puebla (85.3%) y Yucatán (87.4%).

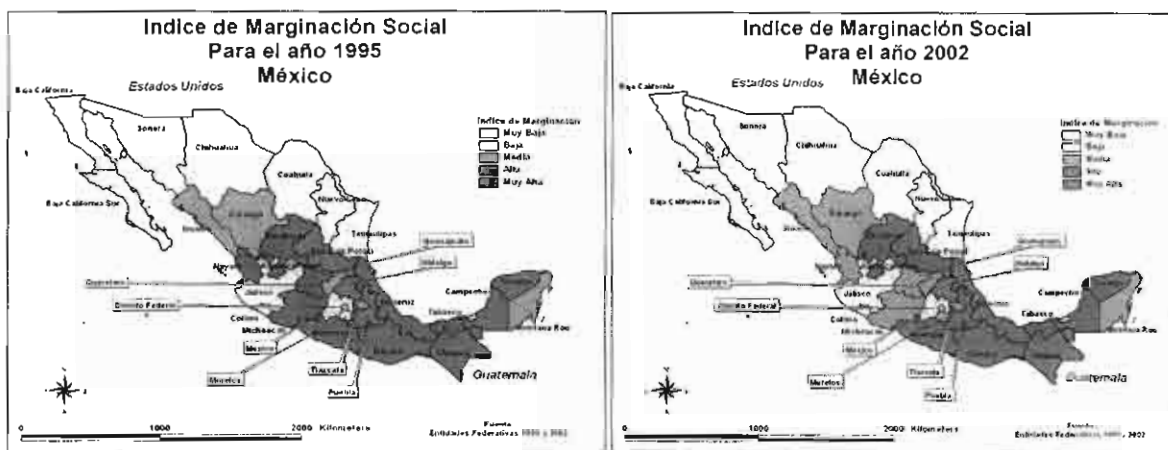
Por otro lado, se observó que el *ingreso anual per cápita en dólares ajustados (IAp)* en \$US para 1995 y 2002 respectivamente, también evidenció un incremento significativo al pasar de \$4,495.00 en 1995 a \$7,495.00 en 2002. Para 1995, 19 Estados (59.3%) informaron que el ingreso anual per cápita no sobrepasaba el promedio nacional reportado ese año, siendo los estados de Baja California (\$671.00), Guerrero (\$1,112.00), Zacateca (\$1,210.00), Tlaxcala (\$1,221.00) y Chihuahua (\$1,302.00) los de mas bajo ingreso. En contraste, los estados con más alto nivel de ingreso *per cápita* ese mismo año fueron el Distrito Federal (\$15,696.00), Campeche (\$10,153.00) y Nuevo León (\$10,033.00). La situación de este indicador para 2002 fue diferente, al ser 14 (43.7%) los Estados que sobrepasaban la cifra promedio de ingreso anual *per cápita* de ese año. Los estados con mayores ingresos fueron igualmente el Distrito Federal (\$17,696.00), Campeche (\$13,153.00) y Nuevo León (\$13,033.00), seguidos de Quintana Roo (\$12,039.00), Coahuila (\$10,808.00), Chihuahua (\$10,324.00); mientras que Chiapas (\$3,303.00), Oaxaca (\$3,489.00), Guerrero (\$4,112.00), Zacatecas (\$4,210.00) y Tlaxcala (4,221.00) fueron los estados con menores ingresos, a pesar de que lo aumentaron en comparación a 1995 (Cuadro 15).

Por su parte el *índice de marginación social (IMG)*, indicador compuesto por cinco dimensiones: servicios de salud, educación, ingreso, bienes patrimoniales del hogar y vivienda, mostró (Mapa 2) que para 1995 los estados clasificados como de muy alta marginación social fueron 9 (28.1%): Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán; los clasificados como alta

marginación fueron 5 (15.6%): Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Tabasco, Zacatecas; como marginación de nivel medio 5 (15.1%): Aguascalientes, Durango, Querétaro, Tlaxcala y Quintana Roo; con baja marginación 9 (28.1%): Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chihuahua, Jalisco, Estado de México, Morelos, Sonora y Tamaulipas; y como de muy baja marginación 3 (9.3%): Distrito Federal, Baja California y Nuevo León.

Para 2002, 10 (35.2%) Estados reportaron cambios en la tabla clasificación de acuerdo al índice de marginación social, de ellos, 3 (Campeche, San Luis Potosí y Yucatán) pasaron de la clasificación de muy alta marginación a alta marginación, 3 estados (Guanajuato, Michoacán y Nayarit) del nivel de alta marginación a marginación media y un estado (Aguascalientes) que paso del nivel de media marginación a baja marginación; mientras que un solo un estado (Morelos) incrementó el nivel de marginación al pasar del nivel de baja marginación al de marginación media. El resto de los estados, es decir, 19 (59.3%) de las Entidades Federativas se mantuvieron en el mismo nivel de marginación social que se registró en 1995.

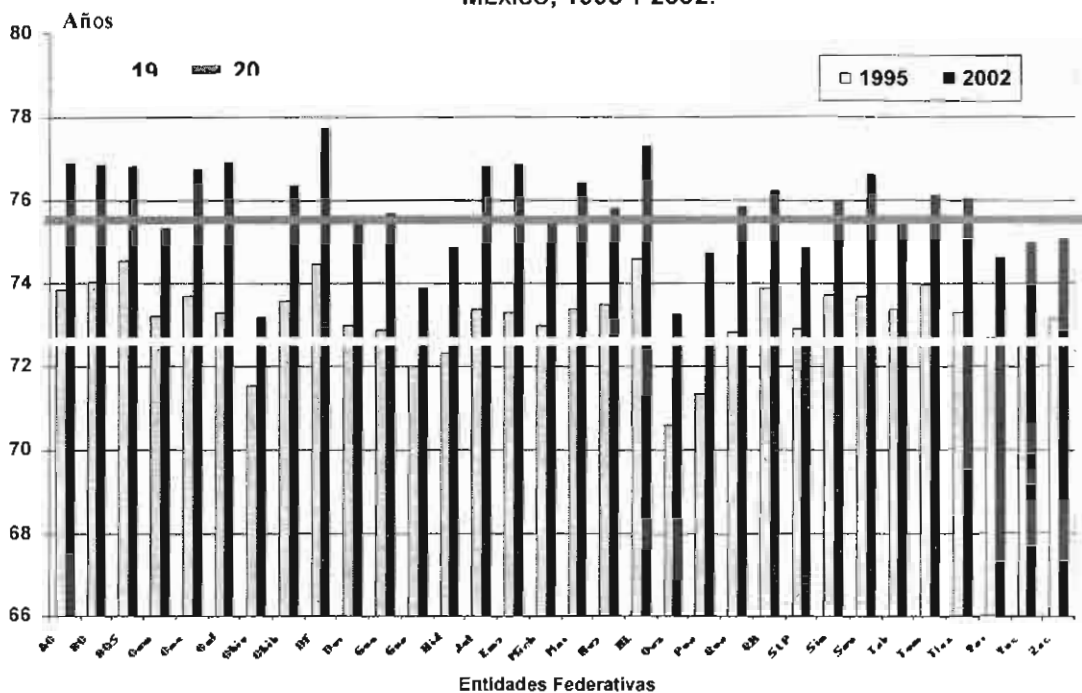
MAPA 2. COMPORTAMIENTO ESPACIAL DEL ÍNDICE DE MARGINACIÓN SOCIAL SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS. MÉXICO, 1995 Y 2002.



Resultados de Salud

La *esperanza de vida al nacer (EVN)* mostró (Grafico 1) que en 1995 este indicador a nivel nacional fue de 72.66 años. El análisis no observó grandes diferencias entre las Entidades Federativas, pero si destacó que 9 (28.1%) de ellas mostraron cifras por debajo de la media nacional. Para este año, los Estados de Oaxaca (70.60), Chiapas (71.53), Puebla (71.31) y Guerrero (72.01) fueron los de más baja esperanza de vida al nacer; mientras que Nuevo León (74.57), Baja California Sur (74.54), Distrito Federal (74.46) y Baja California (74.02) tuvieron los niveles más altos.

GRAFICO 1. COMPARATIVO SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER. MÉXICO, 1995 Y 2002.

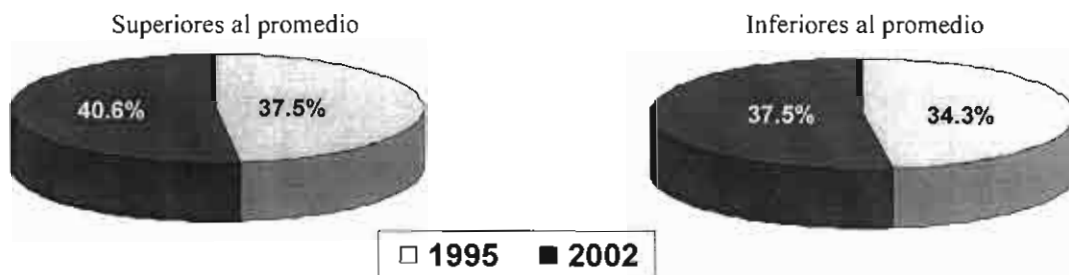


En 2002, el incremento de este indicador fue de casi 4 años, llegando a 75.95 a nivel nacional y registrándose aumentos en todos los Estados del país no obstante a que 12 (37.5%) de estos revelaban cifras por debajo del promedio nacional. Para este año, las Entidades Federativas que persistieron con las cifras más bajas de esperanza de vida fueron Chiapas (73.18), Oaxaca (73.25), Guerrero (73.98) y Puebla (74.76), mientras que el número de Estados que rebasaban la cifra nacional fueron además del Distrito Federal (77.72), Nuevo León (77.29) y Baja California, los

de Colima (76.90), Jalisco (76.85), el Estado de México (76.84) y Baja California Sur (76.84).

Respecto a la *mortalidad general (TMG)* no se observaron cambios significativos en el período analizado. Para 1995, la tasa de mortalidad general estandarizada fue de 6.32 x 100,000 habitantes, mientras que en 2002 la tasa registrada fue de 6.30. Para 1995, 11 (34.3%) de los Estados registraron las tasas más bajas que la informada a nivel nacional ese año, destacando solo Guerrero (4.79 x 100,000 habitantes) con el registro más bajo. Los estados de Chihuahua (7.56) y Baja California (7.55) eran los estados con las tasas más elevadas de los 12 (37.5%) que evidenciaron cifras por encima del promedio nacional. En 2002, los cambios observados en este indicador fueron mínimos, 12 (37.5%) de los estados notificaron tasas de mortalidad general por debajo de la nacional, especialmente Chihuahua (7.50 x 100,000 habitantes) y Baja California (7.00). Sin embargo, llamó la atención que de los 13 (40.6%) Estados con tasas de mortalidad general mayores a la reportada para el país, 8 de ellos incrementaron ligeramente sus tasas de mortalidad entre 1995 y 2002 destacando los estados de Aguascalientes, Campeche, Hidalgo, Nayarit, Tabasco, Tlaxcala y Yucatán.

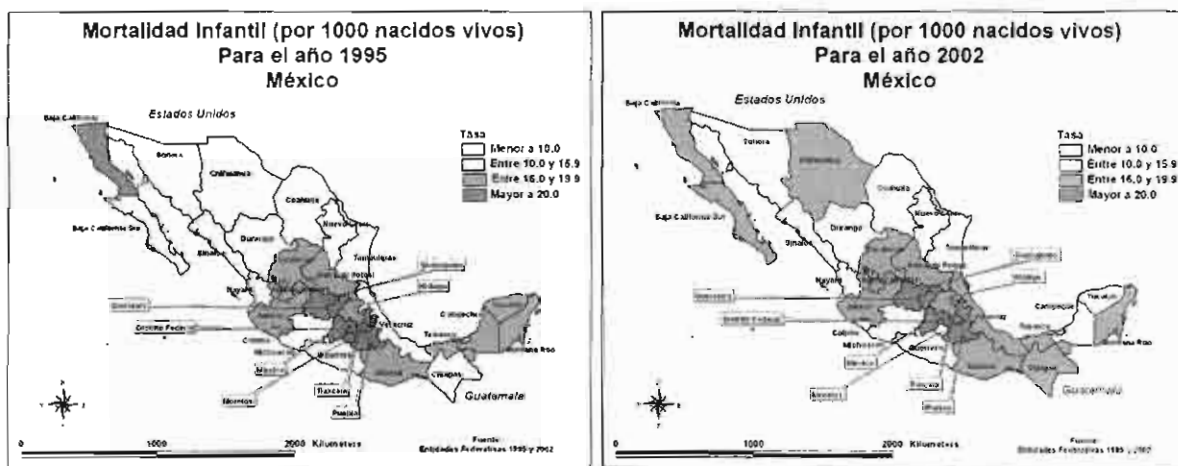
GRAFICO 2. NÚMERO DE ENTIDADES FEDERATIVAS CON CAMBIOS EN LA TASA DE MORTALIDAD GENERAL RESPECTO AL PROMEDIO NACIONAL. MÉXICO, 1995 Y 2002.



La tasa de *mortalidad infantil (TMI)* observada en 1995 fue de 17.50, discretamente menor a la observada en 2002 que fue de 17.84 por 1,000 nacidos vivos. Para el primer año, en 1995, 9 (28.1%) Entidades Federativas mostraban tasas muy por encima de la informada a nivel nacional, siendo Puebla (33.20 x 1,000 nv), Tlaxcala (28.70), el Estado de México (26.80), Guanajuato (24.90), Querétaro (22.60), Morelos (22.00), Distrito Federal (20.70) y Baja California (20.30) los estados cuya

tasa de mortalidad infantil sobrepasaba las 20 defunciones infantiles por cada 1,000 nacidos vivos. Para el 2002, el número de Estados con tasas por encima del promedio nacional se incremento a 11 (34.3%), destacando Baja California (16.15 x 1,000 nv), Veracruz, (16.27), Oaxaca (17.48), Zacatecas (17.10), pero fueron Chihuahua (19.81) y Chiapas (16.04) los dos estados que aumentaron significativamente sus tasas de mortalidad infantil en el periodo de 1995 y 2002. Por otro lado, en este ultimo año en 2002 se registraron que 8 (25.0%) Estados experimentaron decrementos en la tasa para 2002, especialmente en Guanajuato (20.74), Campeche (12.07), Colima (11.33) y Yucatán (15.21) (Mapa 3).

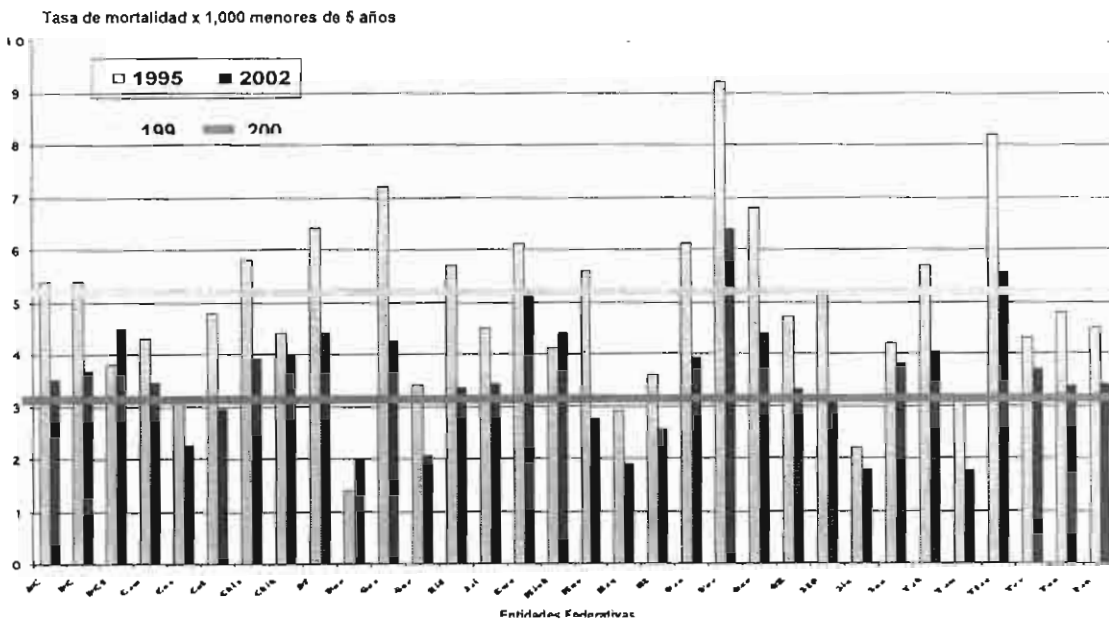
MAPA 3. CAMBIOS EN LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO, 1995 Y 2002.



La mortalidad en menores de 5 años (*TMM5*) evidenció un descenso significativo entre 1995 y 2002 al pasar de 5.30 por 1000 menores de ese grupo de edad a 3.37 por 1000 menores de 5 años, respectivamente. En 1995, 9 (28.1%) Estados tuvieron tasas por encima de la reportada a nivel nacional, siendo especialmente altas en Puebla (9.20 x 1,000 menores de 5 años), Tlaxcala (8.20), Guanajuato (7.20), Oaxaca (6.10) y Estado de México (6.10). En contraste, los estados con menores cifras para este indicador fueron Sinaloa (2.20), Nayarit (2.90), Coahuila (3.10) y Tamaulipas (3.20). En 2002, a pesar del decremento global observado de la tasa, 15 (46.8%) Estados presentaron tasas más altas de la registrada a nivel nacional, constatándose que Puebla (6.39 x 1,000 menores de 5 años) y Tlaxcala (5.57) continuaban siendo los estados con tasas mas elevadas junto a Estados de México (5.12), Baja California Sur (4.48), Distrito Federal (4.41) y Guanajuato (4.26). Las

cifras mas bajas de este indicador para el mismo año se reportaron igualmente en Tamaulipas (1.76), Sinaloa (1.78), Nayarit (1.88) y Coahuila (2.26).

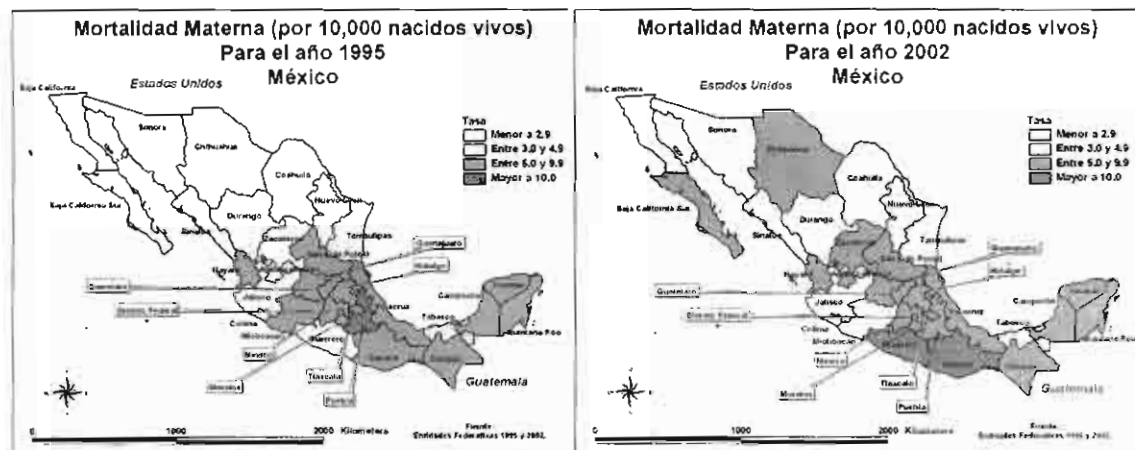
GRAFICO 3. COMPARATIVO SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS DE LA TASA DE MORTALIDAD EN < 5 AÑOS. MÉXICO, 1995 Y 2002.



Por el contrario de los anteriores indicadores descritos, la *mortalidad materna (TMM)* mostró un incremento significativo entre 1995 y 2002. Para el primer año, la tasa por 10,000 nacidos vivos fue de 5.30, mientras que en 2002 dicha tasa aumentó 6.40 por 10,000 nacidos vivos. El comportamiento de este indicador entre las Entidades Federativas reveló que 10 (31.2%) Estados portaban tasas por encima del reporte nacional, siendo Puebla (11.20), Tlaxcala (9.70), Oaxaca (9.00) Campeche (8.80), Morelos (7.30), Nayarit (6.50) y Chiapas (6.50) los que mostraban mayores tasas. Ese mismo año 1995, los estados de menores tasas de mortalidad materna fueron los de la región norte: Sinaloa (1.20), Nuevo León (1.50), Tamaulipas (1.50), Baja California (1.60) y Baja California Sur (2.10), seguidos por Tabasco (2.50), Durango (2.50) y el Distrito Federal (2.80). La situación de la mortalidad materna en 2002, evidenció que 12 (37.50%) Estados contribuyeron al incremento de la tasa para ese año, especialmente los Estados del sur del país como Guerrero (10.4), Oaxaca (10.3) y Chiapas (9.7), Yucatán (8.7), Veracruz (8.4), Puebla (7.9) y Campeche (7.1), todos ellos, junto a Tlaxcala (9.1), San Luis Potosí (8.9), Nayarit (8.3), Morelos (7.8), Chihuahua (7.7) y Estado de México (7.0), Jalisco (6.6) y Baja California Sur (6.6)

completaban los 15 (46.8%) Estados con tasas muy superiores la registrada para el nivel nacional. En contraste, para este mismo año las Entidades Federativas con tasas significativamente menores a la registrada para el país fueron Colima (1.9), Aguascalientes (2.7), Nuevo León (2.7), Baja California (3.1), Tabasco (3.7), Jalisco (3.8) y Tamaulipas (3.9) (Mapa 4).

MAPA 4. COMPORTAMIENTO ESPACIAL DE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS. MÉXICO, 1995 Y 2002.



En cuanto a la *mortalidad por enfermedades infecciosas, de la reproducción y asociadas a la desnutrición (PMES)*, mostró que del total de defunciones reportadas en 1995, las agrupadas bajo estas causas alcanzó el 17.7%, mientras que en el año 2002 esta cifra descendió a 14.7%. Las mayores proporciones de este grupo de causas en 1995 se concentraron en 13 (40.6%) Estados, de los cuales Colima (25.4%), Oaxaca (23.5%), Puebla (23.3%), Tlaxcala (21.7%), Querétaro (20.7%) y el Estado de México (19.8%) mostraron las mayores proporciones del total de defunciones de dichos Estados. Las menores proporciones se registraron en los estados de Tamaulipas (12.9%), San Luis Potosí (13.1%) y Nuevo León (13.7%). Para el año 2002, a pesar de la disminución en la proporción reportada en el número de defunciones agrupadas en estas causas, ningún estado, excepto Tamaulipas (9.9%), mostró proporciones inferiores al 10% y sólo 9 (28.1%) presentaron cifras por debajo del promedio nacional, siendo años después, los mismos Estados los que reportaron las mayores proporciones de defunciones por estas causas, aunque para el caso de Colima (22.4%), Oaxaca (20.52), Puebla (20.3%), Tlaxcala (18.7%) y

Querétaro (17.7%) el descenso alcanzó entre dos y tres puntos porcentuales como promedio (Cuadro 16).

CUADRO 16. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE DEFUNCIONES POR CAUSAS SELECCIONADAS E INCIDENCIA ACUMULADA DE TB PULMONAR SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS. MÉXICO, 1995 Y 2002.

Entidades Federativas	1995		2002	
	PMES*	ITBp**	PMES	ITBp
Aguascalientes	15.45	6.2	12.45	7.25
Baja California	18.33	35.98	15.33	58.03
Baja California Sur	16.45	20.81	13.45	31.63
Campeche	18.10	37.01	15.10	22.47
Coahuila	16.73	19.78	13.73	24.35
Colima	25.45	19.67	22.45	23.28
Chiapas	13.76	40.77	10.76	43.25
Chihuahua	15.24	23.71	12.24	24.31
Distrito Federal	14.53	8.25	11.53	8.87
Durango	13.82	14.97	10.82	19.99
Guanajuato	18.90	6.76	15.90	4.78
Guerrero	18.70	51.52	15.70	50.94
Hidalgo	16.96	14.25	13.96	17.06
Jalisco	16.21	10.26	13.21	11.46
México	19.83	7.6	16.83	6.03
Michoacán	15.41	11.08	12.41	10.37
Morelos	17.64	16.09	14.64	13.52
Nayarit	15.30	30.17	12.30	38.70
Nuevo León	13.74	26.03	10.74	37.06
Oaxaca	23.52	31.35	20.52	26.53
Puebla	23.31	9.11	20.31	10.65
Querétaro	20.71	8.62	17.17	13.17
Quintana Roo	18.59	16.07	15.59	20.90
San Luis Potosí	13.14	11.9	10.14	17.81
Sinaloa	18.30	26.94	15.30	32.44
Sonora	16.10	26.83	13.10	30.09
Tabasco	18.30	32.96	15.30	31.84
Tamaulipas	12.92	31.27	9.92	46.91
Tlaxcala	21.71	5.63	18.71	7.45
Veracruz	17.66	32.46	14.66	35.74
Yucatán	17.13	8.94	14.13	12.87
Zacatecas	17.03	4.29	14.03	6.65
Nacional	17.71	18.73	14.71	21.00

*PMES: Proporción de defunciones por enfermedades infecciosas, de la reproducción y asociadas a la desnutrición.

**ITBp: Incidencia acumulada de tuberculosis pulmonar por 100,000 habitantes en menores de 15 años.

Finalmente, la *incidencia acumulada de tuberculosis pulmonar (IATBp)* entre las Entidades Federativas (Cuadro 16) durante el período de análisis, mostró un incremento de 1995 a 2002. Diez años antes, este indicador mostraba que a nivel nacional enfermaban aproximadamente 19 personas por cada 100,000 menores de 15 años, mientras que en 2002 esa cifra se incremento a 21 x 100,000 habitantes de ese mismo grupo de edad. En 1995, la mitad de las Entidades Federativas

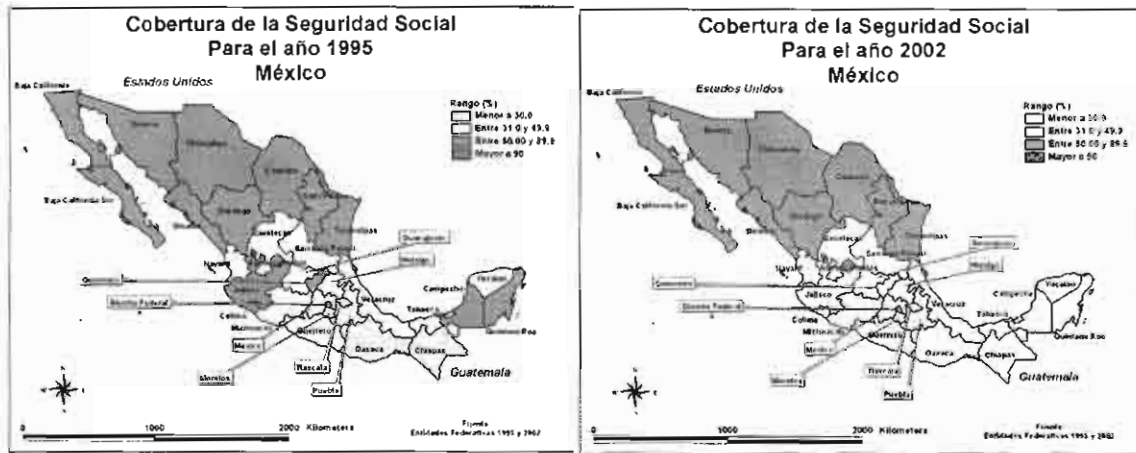
notificaron una incidencia acumulada mayor de la reportada a nivel nacional, siendo los estados de más alta cifra los de Guerrero (51.52 x 100,000 habitantes menores de 15 años), Chiapas (40.77), Campeche (35.98), Baja California (35.98), Tabasco (32.96) y Veracruz (32.46), Oaxaca (31.35), Nayarit (30.17). En contraste, los Estados con menores incidencias acumuladas de TBp entre los menores de 15 años fueron Zacatecas (4.29), Tlaxcala (5.63), Aguascaliente (6.20) y Guanajuato (6.76). Por otro lado, en 2002 también la mitad de los Estados mantuvieron cifras muy superiores a las reportadas a nivel nacional ese año, especialmente Tamaulipas (46.91), Chiapas (43.25), Nayarit (38.70), Nuevo León (37.06), Veracruz (35.74), Sinaloa (32.44), Sonora (30.09), Chihuahua (24.31.), Coahuila (24.35), Colima (23.28), Campeche (22.47), Quintana Roo (20.90), Durango (19.9), San Luis Potosí (17.81) y Yucatán (12.87) que incrementaron aun más la incidencia de esta enfermedad respecto a la reportada en 1995. El resto de los estados experimentaron moderados o discretos descensos del indicador considerando los reportados en 1995 como es el caso del Estados de México (6.03), Michoacán (10.37), Morelos (13.52), Oaxaca (26.53) y Tabasco (31.84).

Acceso a Servicios de Salud

El porcentaje de *población con derecho a la seguridad social (PSS)* en México para 1995 alcanzaba a poco menos de la mitad de la población del país (49.70%). Sin embargo, años después, en 2002 este indicador mostraba la cifra de 40.80%, es decir, había caído en un 9% (Mapa 5). En 1995, 16 Estados, la mitad del país, presentaban coberturas poblacionales de seguridad social mayores a la reportada a nivel nacional ese mismo año. El análisis por Entidad Federativa para entonces mostró que las mayores proporciones estaban en buena parte de los Estados del norte del país y el Distrito Federal, a saber: Coahuila (74.42%), Distrito Federal (72.01%), Baja California Sur (70.51%), Nuevo León (70.02%), Chihuahua (67.50%), Baja California (66.08%), Tamaulipas (65.36%), Aguascalientes (64.25%), Sonora (61.68%), Colima (60.09%), Durango (57.70%), Sinaloa (57.04%), Quintana Roo (56.45%), Querétaro (55.10%), Campeche (52.41%) y Jalisco (50.29%). Para ese

mismo años los Estados de mas baja cobertura de derechohabencia eran Chiapas (23.22%), Oaxaca (24.02%), Michoacán (30.90%) e Hidalgo (31.38%). Por el contrario, la situación de la cobertura de la seguridad social en 2002 era un poco diferente, las coberturas descendieron en todas las Entidades Federativas, especialmente en algunas de ellas cayeron significativamente como es el caso de Coahuila (69.80%), Baja California Sur (57,80%), Colima (47.90%), Distrito Federal (52.00%), Nuevo León (66.70%), Chihuahua (58.40%), Baja California (54.70%), Tamaulipas (52.10%), Quintana Roo (46.70%), Querétaro (45.70%), Campeche (41.40%), Chiapas (16.90%) y Tabasco (29.50%) principalmente. El único estado que incremento la cobertura de la seguridad social entre 1995 y 2002 fue el Estado de México al pasar de 34.36% en 1995 a 42.20% en 2002.

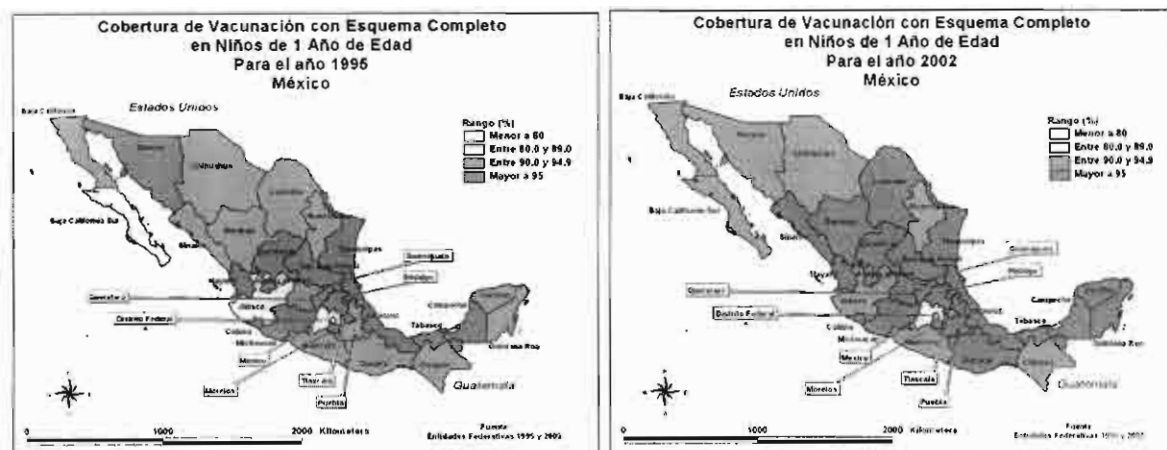
MAPA 5. COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS. MÉXICO, 1995 Y 2002.



A la inversa del indicador anterior, la *cobertura de vacunación con esquema completo en niños de 1 año de edad (CV1a)*, experimentó un incremento entre 1995 (91.62%) y 2002 (94.32%). Para 1995 solamente 5 (15.6%) Estados mostraron proporciones por debajo del promedio nacional informado ese año, de ellos, Aguascalientes (86.9%), Baja California Sur (87.38%) y Jalisco (87.67%) eran los de valores más bajos. Sin embargo, el incremento alcanzado en 2002 ocurrió en casi todos los Estados del país, excepto Sonora que decreció de 97.06% a 94.62% y Nuevo León (92.63%) que prácticamente no cambio el porcentaje de este indicador. Al cierre del 2002 solo 6 (18.5%) Estados informaron coberturas de vacunación en este grupo de edad menores que las reportadas como promedio en el país ese año,

destacando muy especialmente el Distrito Federal (77.68%) y con menor significación Jalisco (91.57%) y Baja California (91.93) (Mapa 6).

MAPA 6. COBERTURA DE VACUNACIÓN CON ESQUEMA COMPLETO EN NIÑOS DE 1 AÑO DE EDAD SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS. MÉXICO, 1995 Y 2002.



Por otro lado, la cobertura institucional de *atención al parto por personal adiestrado (PAPA)* evidenció, al igual que ocurrió con el indicador de cobertura de la seguridad social ya descrito, un decremento significativo entre los años de estudio. En 1995, este indicador registró un 76.0% a nivel nacional, pero 17 (53.21%) Estados reportaron en ese año cifras por debajo de la informada para el país. Los estados con menores proporciones fueron: Guerrero (40.60%), Chiapas (41.50%), Puebla (43.50%), Oaxaca (45.10%) y Estado de México (47.20%). Por el contrario, los estados de mayores coberturas de atención institucional del parto ese mismo año eran Coahuila (99.80%), Aguascalientes (97.70%), Distrito Federal (94.60%) y Sonora (90.30%). Para año 2002 este indicador fue de 71.5%, disminuyendo en 6 Estados del país respecto a lo registrado por ellos en 1995, especialmente en Morelos (36.20%) y el Estado de México (47.20%), como los más representativos. De esta forma se observó que en 2002 7 (21.87%) Estados del país no alcanzaron la cifra promedio para este indicador reportada ese año; mientras que 8 (25.0%) Estados informaron cobertura que rebasaban el 90% como fue el caso de Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, el Distrito Federal, todos con 100% y de Colima (99.0%), y Sonora (94.90%), Tamaulipas (93.0%) y Querétaro (90.70%).

En cuanto a los recursos disponibles en los servicios se pudo observar que el *número de médicos por habitantes (MDxH)* se ha mantenido prácticamente igual durante los años bajo estudio (Cuadro 17). En 1995 este indicado se registró en 1.11 por cada 1,000 habitantes y en 1.15 por cada 1,000 habitantes en 2002. La distribución según Entidades Federativas mostró que para 1995, 13 (40.62%) Estados informaron tener menos de un médico por cada 1,000 habitantes, contra 9 (28.1%) Estados que registraron igual situación.

CUADRO 17. DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE DE MÉDICOS Y CAMAS CENSABLES POR CADA 1,000 HABITANTES SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS. MÉXICO, 1995 Y 2002.

Entidades Federativas	1995		2002	
	MDxH*	CCxH**	MDxH	CCxH
Aguascalientes	1.25	1.01	1.45	0.79
Baja California	1.05	0.70	0.83	0.60
Baja California Sur	2.05	1.36	2.02	1.22
Campeche	1.31	0.74	1.63	0.92
Coahuila	1.39	1.15	1.20	0.90
Colima	1.63	0.95	1.61	0.87
Chiapas	0.78	0.41	0.76	0.41
Chihuahua	0.91	0.78	0.96	0.75
Distrito Federal	2.91	2.26	2.76	1.91
Durango	1.15	0.87	1.38	0.83
Guanajuato	0.75	0.57	0.83	0.52
Guerrero	0.78	0.46	1.04	0.49
Hidalgo	0.83	0.56	1.05	0.53
Jalisco	1.05	0.97	1.21	0.91
México	0.67	0.55	0.63	0.46
Michoacán	0.81	0.51	0.89	0.51
Morelos	1.01	0.59	1.04	0.51
Nayarit	1.08	0.76	1.35	0.65
Nuevo León	1.29	1.08	1.09	0.78
Oaxaca	0.78	0.44	0.88	0.50
Puebla	0.74	0.64	0.78	0.54
Querétaro	1.07	0.57	1.09	0.52
Quintana Roo	1.15	0.60	1.19	0.56
San Luis Potosí	0.18	0.67	0.96	0.59
Sinaloa	1.07	0.81	1.13	0.72
Sonora	1.32	1.14	1.27	0.92
Tabasco	2.05	0.77	1.48	0.68
Tamaulipas	1.33	1.05	1.34	0.88
Tlaxcala	0.90	0.46	1.17	0.54
Veracruz	0.84	0.62	1.09	0.61
Yucatán	1.18	1.03	1.19	0.87
Zacatecas	0.82	0.46	1.10	0.55
Nacional	1.11	0.84	1.15	0.74

*MDxH: número de médicos registrados por 1,000 habitantes.

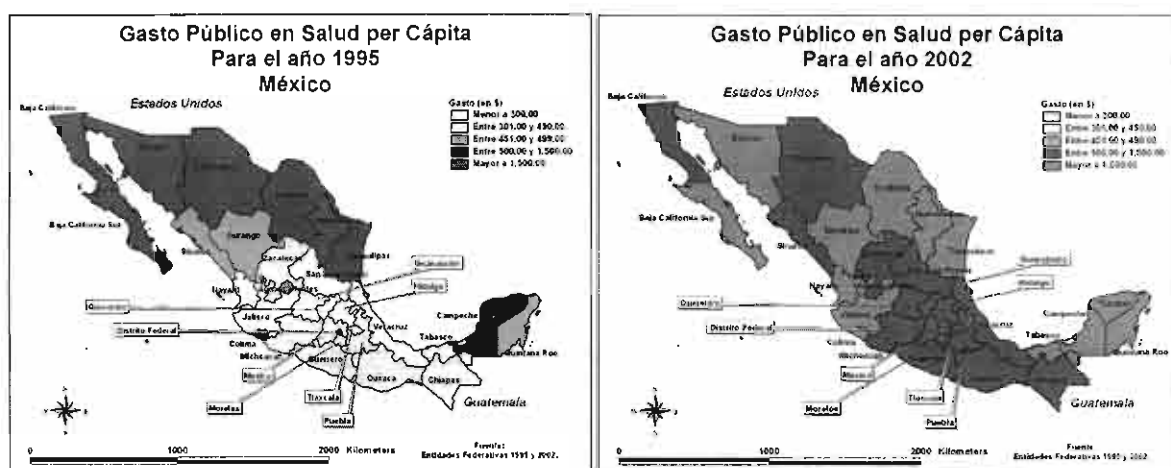
**CCxH: número de camas censables registradas por 1,000 habitantes.

En 1995, solo 3 (9.3%) Estados informaron tener 2 médicos por cada 1,000 habitantes: Distrito Federal (2.91 x cada 1,000 habitantes), Tabasco (2.05) y Baja California Sur (2.05). Esta situación es similar a la observada en 2002, solo que en ese año los estados con cifras de 2 médicos por cada 1,000 habitantes fueron el Distrito Federal (2.76) y Baja California Sur (2.02). Los estados con más bajos niveles de este indicador en todo el período analizado son: Estado de México, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guerrero y Baja California Sur.

Por su parte, el número de *camas censables por habitantes (CCxH)*, decreció entre 1995 y 2002. En el primer año el registro a nivel nacional fue de 0.84 por cada 1,000 habitante contra 0.74 por cada 1,000 habitantes en 2002. Para 1995 23 (71.8%) Estados reportaron cifras por debajo del promedio nacional, siendo los estados de Chiapas (0.41 por cada 1,000 habitantes), Guerrero (0.46), Oaxaca (0.44), Tlaxcala (0.46) y Zacatecas (0.46) los de más bajo comportamiento. De igual forma, para ese mismo año solo el Distrito Federal reportó 2.26 camas censables por cada 1,000 habitantes y Baja California Sur, Aguascalientes, Coahuila, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas y Yucatán 1 cama censable por cada 1,000 habitantes. La situación observada respecto a este recurso de los servicios de salud en 2002, fue aun más crítica, al informarse que solo 2 Estados, Distrito Federal y Baja California Sur disponían de 1 cama sensible por cada 1,000 habitantes. Estos de los Estados o mantuvieron la cifra registrada en 1995 o descendieron respecto a lo informado en 1995 (Cuadro 17).

El análisis del gasto en salud a través de dos indicadores como el gasto público en salud *per cápita* y el gasto total en salud como porcentaje del PIB, evidenció que el gasto en salud se incrementó sustancialmente entre 1995 y 2002 (Mapa 7). El primero de los indicadores, el *gasto público en salud per cápita (GPSp)*, registró en 1995 una cifra de \$499.0 per cápita por habitantes (\$US de 1994), mientras que en 2002 aumentó a \$1,448.80 (\$US de 2002), es decir, registró un incremento 2 veces mayor (Mapa 7).

MAPA 7. COMPORTAMIENTO ESPACIAL DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD PER CÁPITA SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS. MÉXICO, 1995 Y 2002.



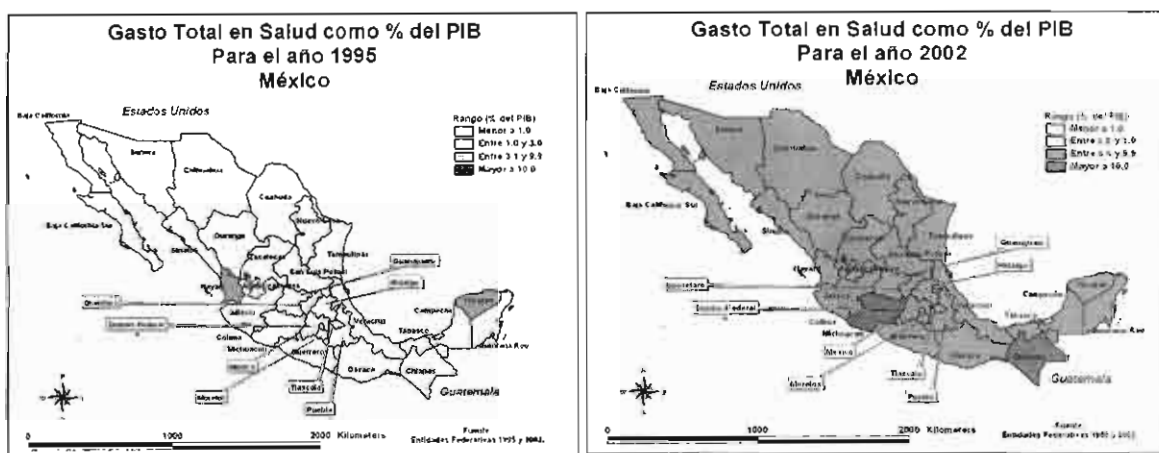
La distribución según entidades federativas mostró que 9 (28.1%) Estados del país no alcanzaban la mitad de la cifra de gasto público de salud *per cápita* reportada en ese año, siendo el Estado de México (\$239.10), Michoacán (\$240.00), Oaxaca (\$253.20), Guerrero (\$252.60), Chiapas (\$257.30), Puebla (\$264.00), Tlaxcala (\$267.80), Guanajuato (\$268.20), y Zacatecas (\$299.20) los estados con mas bajo registro de este indicador. Por el contrario, los estados con mayores índices de gasto público *per cápita* en salud en 1995 fueron el Distrito Federal (\$1,274.50), Baja California Sur (\$897.70) y Nuevo León (\$662.70).

Para 2002, este indicador registró un incremento significativo en todas las Entidades Federativas. Tres Estados: Distrito Federal (\$3,509.00), Baja California Sur (\$2,467.00) y Campeche (\$2,031.20) mostraron reportes que superaban los \$2,000 *per cápita* por habitantes, mientras que 4 Estados no sobrepasaban los \$1,000 *per cápita* por habitantes, como fue el caso de Puebla (\$875.00), Estado de México (\$880.70), Michoacán (\$923.00) y Chiapas (\$939.50).

Por su parte, el *gasto total en salud como porcentaje del PIB (GTS%)*, también experimento un significativo incremento durante el periodo analizado. Mientras que en 1995 este indicador registró a nivel nacional un escaso 1.56%, en el 2002 alcanzó la cifra de 5.79%. En 1995, 6 (18.7%) Estados no mostraban cifras superiores al 1%, 12 (37.5%) Estados informaron poco mas de 1% y 14 (43.7%)

Estados registraron 2% o más del PIB como gasto total en salud. En este mismo año solo un Estado (Yucatán) mostraba poco más del 6% en este indicador en contraste a Chihuahua (0.47%) y Querétaro (0.78%) que fueron los estados de mas bajo porcentaje. En 2002, todos los Estados incrementaron el gasto total en salud como porcentaje del PIB, especialmente Chiapas (10.13%) y Michoacán (10.08%), así como Nayarit, Oaxaca, Tabasco, Tlaxcala y Zacatecas, todos por encima del 9%. Los Estados de Campeche (3.03%), Querétaro (4.33%), Quintana Roo (4.34%) y Coahuila (4.40%) fueron los que registraron menores cifras de este indicador para este año (Mapa 8).

MAPA 8. COMPORTAMIENTO ESPACIAL DEL GASTO TOTAL EN SALUD COMO % DEL PIB SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS. MÉXICO, 1995 Y 2002.



Intervenciones de las reformas de 1995-2002.

Para evaluar la descentralización de servicios de salud, se adoptaron finalmente dos indicadores: a) número de años que las Entidades Federativas llevan Descentralizadas y b) número de años desde la instalación de los OPD (Órganos Públicos Descentralizados) de los servicios de salud. En el caso del financiamiento y gasto en salud, el análisis se basó en: a) el monto total en dólares aportado por el Estado y b) el monto total en dólares aportado por la Federación. Y para evaluar la ampliación de la cobertura de servicios de salud con paquete básico (PBSS), los indicadores incluidos fueron: a) número promedio de consultas prenatales por embarazada, b) porcentaje de partos atendidos en unidades de salud, c) porcentaje

de población abierta atendida por primera vez en el año, y d) porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.

La gran mayoría de los Estados del país comenzaron la descentralización de los servicios de salud entre fines de 1996 y 1997. Justamente en este último año, 25 Estados de la Federación se encontraban formalmente en este proceso, por lo que al cierre del 2002, el *número de años en la descentralización (ADSS)*, es decir, los años transcurridos desde la firma del acta complementaria de entrega-recepción de los recursos financieros, humanos y materiales transferidos a la Entidad Federativa hasta 2002-, para el 78.1% de las Entidades Federativas era de alrededor de 5 años o más. De igual forma, 5 (15.6%) Estados iniciaron formalmente la descentralización en 1998, lo que traduce que los estados de Baja California, Chiapas, Hidalgo, Jalisco, y Zacatecas, cumplieron 4 años como Estado descentralizado en el 2002. Dos estados de la Federación (Distrito Federal y Chihuahua) fueron los últimos en entrar en la descentralización, lo hicieron después de 1998, lo que indica que para el 2002 tenían al menos 3 años (6.2%) en dicho proceso (Gráfico 4).

GRAFICO 4. ENTIDADES FEDERATIVAS SEGÚN EL NÚMERO DE AÑOS EN LA DESCENTRALIZACIÓN Y DE CONSTITUCIÓN DE LOS OPD. MÉXICO, 2002.



Por otro lado, el *número de años transcurrido de la instalación de los Órganos Públicos Descentralizados (AOPD)* de los Servicios de Salud en las Entidades Federativas, mostró que este proceso inició en buena parte de los Estados, por lo menos un año, dos o incluso hasta tres años, antes de que se firmara formalmente el acta complementaria de entrega-recepción de los recursos financieros, humanos y materiales transferidos a la Entidad Federativa. Al cierre del 2002 (Gráfico 4), todos los Estados habían constituido sus Órganos Públicos Descentralizados (OPD),

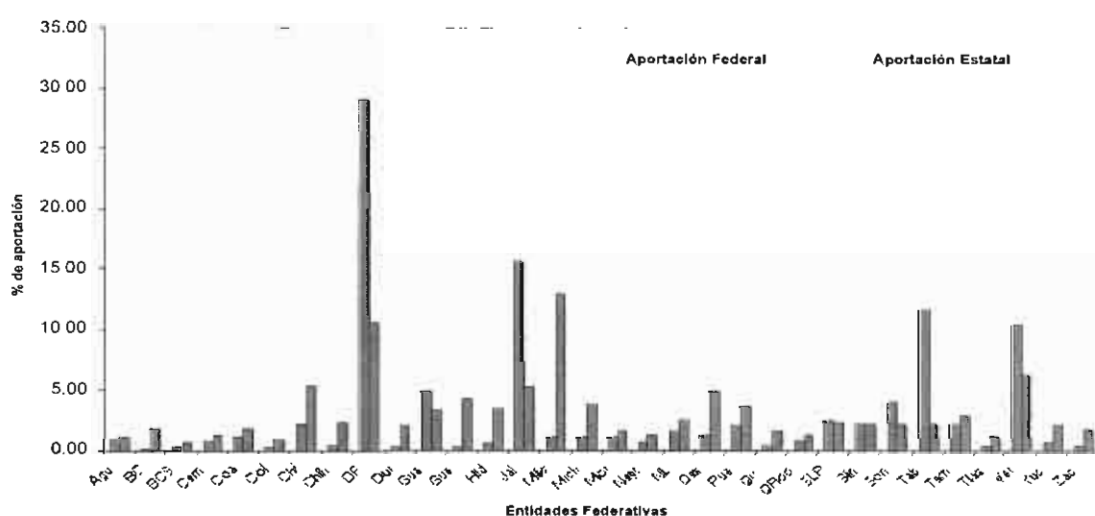
teniendo 22 (68.7%) de ellos alrededor de 6 años de trabajo con los OPD, mientras que los otros 10 Estados (31.2%) presentaban poco más de 7 años, como fue el caso de Aguascalientes, Baja California, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Jalisco, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz.

En cuanto a financiamiento y gasto en salud, el análisis mostró que la aportación estatal a la salud, medido a través del *monto total en dólares aportado por el Estado (AES)* alcanzó la cifra de \$9,564,370.90 en el año 2002. De acuerdo a la distribución según las Entidades Federativas (Gráfico 5), es posible observar que 3 (9.3%) Estados son los que exhiben cifras que superan el millón de dólares, lo que representa el 56.09% del monto destinado a salud por el conjunto de las Entidades Federativas, a saber, el Distrito Federal (\$2,771,181.70), Jalisco (\$1,485,680.30), Tabasco (1,108,640.00). Los estados con mayores aportaciones financieras además de los mencionados fueron Veracruz (\$998,327.70), Guanajuato (\$464,414.20), Sonora (\$381,007.60), San Luis Potosí (\$230,025.90), Sinaloa (\$214,396.30) y Chiapas (\$207,927.30). En contraste los Estados que menos aportan al financiamiento de la salud de su territorio, es decir, aportan poco menos de \$100,000.00 fueron un total de 10 Estados, lo que representa el 31.2%, siendo especialmente las bajas cifras el caso de Baja California (\$8,809.00), Guerrero (\$17,756.30), Durango (\$19,824.90), Querétaro (\$36,859.90), Zacatecas (\$38,788.80) y Tlaxcala (\$41,560.00).

Por su parte, la aportación Federal al financiamiento de los servicios de salud para el 2002 continúa teniendo una sustancial proporción del total del financiamiento y gasto en salud (Gráfico 5). En este año, el *monto total en dólares aportado por la Federación (AFS)* fue de \$48,547,399.00, siendo las mayores aportaciones, es decir montos por encima de 2 millones de dólares fueron entregadas a 6 (18.7%) Estados como fueron el Estado de México (\$6,245,945.00), Distrito Federal (\$5,130,554.70), Veracruz (\$3,006,620.60), Chiapas (\$2,602,787.00), Jalisco (\$2,540,263.70) y Oaxaca (\$2,353,596.20). Consideradas como aportaciones intermedias de acuerdo al monto entregado, es decir, entre 1.0 y 1.9 millones de dólares, la Federación fue fuente de financiamiento para 12 (37.5%) Estados: Michoacán (\$1,857,196.00), Puebla (\$1,784,443.10), Guanajuato (\$1,555,488.00), Hidalgo (\$1,594,118),

Tamaulipas (\$1,390,137.70), Nuevo León (\$1,189,740.60), Chihuahua (\$1,133,578.50), San Luis Potosí (\$1,132,415.20), Sonora (\$1,092,754.90), Sinaloa (\$1,088,094), Tabasco (\$1,023,446.40) y Yucatán (\$1,003,109.50). Finalmente, los estados que recibieron menos de un millón de dólares como aportación de la Federación al financiamiento y gasto en salud fueron 13 (40.6%) Estados, de los cuales destacan por sus bajas cifras de financiamiento federal los estados de Baja California Sur (\$346,806.20), Colima (\$407,205.00), Aguascalientes (\$530,545.80), Tlaxcala (\$572,061.70) y Quintana Roo (\$576,888.50).

GRÁFICO 5. APORTACIÓN ESTATAL Y FEDERAL AL FINANCIAMIENTO Y GASTO EN SALUD SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVA. MÉXICO, 2002.

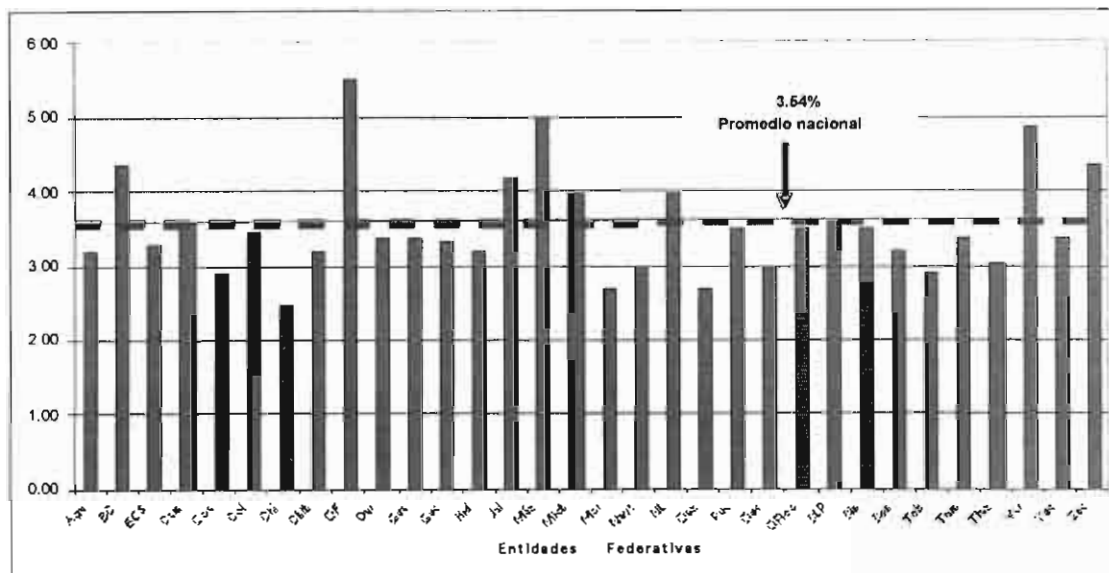


Para dar cuenta de la estrategia principal de reforma de los servicios de salud en el período 1995-2002, se incluyeron cuatro indicadores directamente relacionados con las intervenciones de ampliación de la cobertura de servicios de salud con paquete básico (PBSS) desarrolladas en esos años.

En el caso del *número promedio de consultas prenatales por embarazada (PCPE)*, se pudo observar que el promedio nacional de atenciones a embarazadas en los servicios de consulta prenatal fue 3.45, existiendo solamente 2 (6.2%) Estados que informaron tener en promedio 5 consultas por embarazada: el Distrito Federal (5.5) y el Estado de México (5.0). El resto de las Entidades Federativas se agrupan en las que ofrecen en promedio 4 atenciones a embarazadas en consulta prenatal (6, 18.7%): Veracruz (4.9), Zacatecas (4.3), Baja California (4.3), Jalisco (4.2) y Nuevo

León (4.0); y los que ofrecen 3 o menos consultas prenatales por embarazadas (24, 75.0%), incluidos los 5 Estados que solo registran en promedio 2 consultas: Tabasco, Oaxaca, Morelos, Chiapas y Coahuila (Gráfico 6).

GRÁFICO 6. PROMEDIO DE CONSULTAS PRENATALES POR EMBARAZADAS SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVA. MÉXICO, 2002



Con similar propósito, se examinó el *porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar (MPF)*. Este indicador, se evidenció que los servicios de salud reportaron que alrededor de 31.5% de las mujeres de este grupo de edad eran usuarias de algún método de planificación familiar incluyendo método oral, inyectable mensual y bimensual, DIU, quirúrgico, preservativo y otro. La distribución por Estados mostró que solo 2 (6.2%) Entidades Federativas: San Luis Potosí (56.0%) y Colima (52.3%), reportaron que más de la mitad de las mujeres atendidas en el 1er o 2do nivel eran usuarias de MPF; 13 (40.6%) Estados informaron que las usuarios de MPF oscilaban entre 30% y un 49%; otros 15 (46.8%) reportaron proporciones entre 20% y 29%; y que 2 (6.2%) Estados (Aguascalientes y Baja California) informaron proporciones de uso de métodos de planificación familiar entre las mujeres en edad fértil por debajo de un 20% (Cuadro 18).

En cuanto al *porcentaje de partos atendidos en unidades de salud (PAUS)*, tras iniciado la estrategia de ampliación de cobertura con el paquete básico de servicios de salud, se evidenció que a nivel nacional este indicador fue de 94.28%. En la

mirada según Entidades Federativa, se observó que 15 (46.8%) Estados reportaron proporciones por encima del 95% para este indicador, mientras que 13 (40.6%) Entidades Federativas mostraron porcentajes entre 90% y 95%, y solo 2 (6.2%) Estados (Campeche y Oaxaca).

CUADRO 18. DISTRIBUCIÓN DE INDICADORES DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS. MÉXICO, 2002.

Entidades Federativas	2002		
	MPF*	PAUS**	PA1v ***
Aguascalientes	18.16	99.40	60.20
Baja California	15.10	90.00	30.00
Baja California Sur	43.10	90.00	69.60
Campeche	32.10	86.80	66.30
Coahuila	25.80	98.10	29.50
Colima	52.30	99.60	58.90
Chiapas	36.00	85.00	54.60
Chihuahua	25.80	97.10	29.50
Distrito Federal	48.00	99.00	75.00
Durango	33.00	98.60	40.00
Guanajuato	28.40	91.50	48.70
Guerrero	31.20	90.00	33.10
Hidalgo	28.10	99.10	50.20
Jalisco	25.00	90.00	35.80
México	45.00	98.00	73.00
Michoacán	25.60	95.00	48.90
Morelos	20.90	99.80	54.14
Nayarit	27.30	94.60	40.60
Nuevo León	25.00	99.00	60.00
Oaxaca	32.00	87.00	48.00
Puebla	32.90	93.20	53.50
Querétaro	25.80	95.20	64.50
Quintana Roo	28.40	90.00	54.90
San Luis Potosí	56.00	98.00	29.90
Sinaloa	30.90	90.00	55.10
Sonora	29.40	98.50	67.90
Tabasco	30.00	98.00	58.00
Tamaulipas	29.20	91.90	64.10
Tlaxcala	25.80	92.10	56.50
Veracruz	29.50	92.80	71.76
Yucatán	37.00	90.31	26.60
Zacatecas	35.50	99.20	69.90
Nacional	31.51	94.28	52.46

* MPF: porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.

**PAUS: porcentaje de partos atendidos en unidades de salud.

***PA1v: porcentaje de población abierta atendida por primera vez en el año.

Finalmente, el indicador relacionado con la atención directa de la población que visita los servicios de salud, mostró que el *porcentaje de población abierta atendida por primera vez en el año (PA1v)* fue de 52.46% a nivel nacional, siendo su distribución

diferencial entre las entidades federativas del país, ya que se observó que el Distrito Federal (75%), el Estado de México (73.0%) y Veracruz (71.7%) evidenciaron porcentajes por encima del 70%; 7 (21.8%) Estados informaron porcentajes entre un 60% y 69%; 8 (25.0%) Estados reportaron proporciones entre 59% y un 34%; y que 7 (21.8%) Estados mostraron cifras iguales o por debajo de un 35%, a saber, Jalisco (35.8%), Guerrero (33.10%), Baja California (30.0%), Coahuila (29.5%), Chihuahua (29.50%), San Luis Potosí (29.9%), y Yucatán (26.6%) (Cuadro 18).

4.2 Las desigualdades en salud según el INIQUIS.

Para determinar el nivel de desigualdad relativa de salud entre las Entidades Federativas de México durante el período de 1995-2002 y considerando el posible efecto de las estrategias e intervenciones de la reforma sanitaria desarrollada en esos años, fueron analizadas las diferencias en condiciones de vida, los resultados de salud y el acceso a servicios de los 32 Estados del país con base en el índice de inequidad (INIQUIS) calculado para cada año. Para una mejor comprensión se describe primero los modelos del INIQUIS para 1995 y para 2002, así como para este último año el modelo del INIQUIS que incorpora los indicadores sobre las “intervenciones de reforma”.

INIQUIS para 1995.

Para explorar la presencia de desigualdades relativas en las *condiciones de vida* en 1995, el INIQUIS construido considerando el índice de marginación social (IMG), mostró que el 46.8% de las Entidades Federativas presentaban desigualdad relativa global en las condiciones de vida, mientras que el restante 53.1% fue clasificado con una mejor situación de desigualdad relativa global (17 Estados). Los indicadores seleccionados por el modelo INIQUIS además del IMG fueron el porcentaje de población con derecho a la seguridad social, el porcentaje de vacunación en niños de 1 año de edad con esquema completo, el gasto público en salud *per cápita* en salud, y el porcentaje de población mayor de 15 años alfabetizada (Cuadro 19).

CUADRO 19. RESULTADOS DEL INIQUIS PARA CONDICIONES DE VIDA, 1995.

Condiciones de vida: 1995			
Entidades Federativas	IMG	Entidades Federativas	IMG
Yucatán	0.3389	Aguascalientes	0.4937
Tamaulipas	0.3971	Baja California	0.5053
Nayarit	0.4094	Hidalgo	0.5110
Durango	0.4300	Tlaxcala	0.5117
Tabasco	0.4327	Quintana Roo	0.5134
B. California S	0.4347	Morelos	0.5219
Colima	0.4412	Querétaro	0.5248
Sonora	0.4461	Jalisco	0.5437
Sinaloa	0.4464	Guanajuato	0.5532
Zacatecas	0.4481	Guerrero	0.5540
Coahuila	0.4538	Oaxaca	0.5561
Veracruz	0.4698	Michoacán	0.5589
San Luis Potosí	0.4765	Distrito Federal	0.5599
Campeche	0.4791	Puebla	0.5637
Chihuahua	0.4859	Chiapas	0.5826
Nuevo León	0.4918	México	0.6047

Indicadores incluidos:
 EVN TMI
 TMG PSS
 PAPA CV1a
 MdxH GTSp
 PA15 IMG

Indicadores seleccionados:
 PSS CV1a
 GTSp PA15
 IMG

CUADRO 20. RESULTADOS DEL INIQUIS PARA LA DIMENSIÓN DE RESULTADOS DE SALUD, 1995.

Resultados de salud: 1995			
Entidades Federativas	EVN	Entidades Federativas	EVN
B. California S	0.3098	San Luis Potosí	0.4369
Nuevo León	0.3454	Yucatán	0.4417
Tamaulipas	0.3527	Aguascalientes	0.4428
Sonora	0.3593	Tlaxcala	0.4488
Campeche	0.3777	Veracruz	0.4526
Nayarit	0.3881	Morelos	0.4550
Sinaloa	0.3898	Jalisco	0.4680
Coahuila	0.3901	Querétaro	0.4770
Tabasco	0.3973	Hidalgo	0.4889
Quintana Roo	0.3981	Michoacán	0.4928
Chihuahua	0.4003	Guanajuato	0.5074
Baja California	0.4015	México	0.5091
Colima	0.4048	Guerrero	0.5528
Distrito Federal	0.4055	Puebla	0.5682
Zacatecas	0.4057	Chiapas	0.5955
Durango	0.4096	Oaxaca	0.6146

Indicadores incluidos:
 EVN TMI
 TMM TMEP
 PSS CV1a
 MdxH GPPS
 PA15 IMG

Indicadores seleccionados:
 CV1a GPPS
 PA15 IMG
 EVN

El INIQUIS construido con el objetivo de explorar la desigualdad relativa en los *resultados de salud* tomando como indicador de inicio la esperanza de vida al nacer (EVN) mostró que 18.7% de los Estados, es decir, 6 Entidades Federativas evidenciaron desigualdades en los resultados de salud, particularmente en Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guerrero, Estado de México y Guanajuato. El resto de los 26 (81.2%) Estados clasificaron con menor situación de desigualdad relativa, lo que

sugiere bajo niveles de desigualdad de los resultados de salud. Los indicadores seleccionados por el modelo fueron el porcentaje de vacunación en niños de 1 año de edad con esquema completo, el gasto público *per cápita* en salud, el porcentaje de población mayor de 15 años alfabeta y el índice de marginación social (Cuadro 20).

CUADRO 21. RESULTADOS DEL INIQUIS PARA LA DIMENSIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, 1995.

Servicios de salud: 1995			
Entidades Federativas	PAPA	Entidades Federativas	PAPA
Distrito Federal	0.2496	Quintana Roo	0.5560
B. California S	0.3112	Zacatecas	0.5674
Coahuila	0.3944	Querétaro	0.5901
Nuevo León	0.4020	San Luis Potosí	0.6073
Tamaulipas	0.4092	Campeche	0.6206
Sonora	0.4154	Hidalgo	0.6387
Sinaloa	0.4349	Veracruz	0.6452
Aguascalientes	0.4474	Guanajuato	0.6491
Colima	0.4633	Morelos	0.6696
Baja California	0.4666	Michoacán	0.6920
Durango	0.4685	Tlaxcala	0.7006
Chihuahua	0.5106	Guerrero	0.7151
Tabasco	0.5293	México	0.7192
Jalisco	0.5406	Chiapas	0.7495
Nayarit	0.5492	Oaxaca	0.7769
Yucatán	0.5497	Puebla	0.7922

Indicadores incluidos:	
TMM5	TMM
ITBp	PAPA
MdxH	CcxH
GpPs	PA15
IMG	PIBp
Indicadores seleccionados:	
TMM	GpPs
PA15	IMG
CCxH	PAPA

Para explorar la desigualdad relativa respecto a los *servicios de salud*, específicamente las orientadas a acceso, cobertura, disponibilidad y utilización de los mismos, el INIQUIS construido considerando como indicador inicial el porcentaje de atención al parto por personal adiestrado (PAPA) mostró que 21 (65.6%) de los Estados presentaron desigualdad en el acceso a los servicios de salud, incluidos los estados mencionados anteriormente en el análisis de la dimensión de resultados de salud, junto a Michoacán, San Luis Potosí, Veracruz, Hidalgo, Campeche, Querétaro, Nayarit, Quintana Roo, Yucatán, Jalisco, Zacateca y Chihuahua. Adicionalmente, 2 estados (Oaxaca y Puebla) evidenciaron una peor situación, lo que traduce la existencia de alta desigualdad en los servicios de salud. El resto de los 11 Estados (31.2%) mostró un INIQUIS que sugirió una menor situación de desigualdad relativa global. De igual forma el modelo mostró que el INIQUIS logrado por el Distrito Federal (0.2496) indicaba “no desigualdad relativa aparente” en cuanto

al acceso a los servicios de salud. Finalmente, los indicadores seleccionados por el modelo fueron además del PAPA, la tasa de mortalidad materna, el índice de camas censables por habitantes, el gasto público en salud *per cápita* en salud, el porcentaje de población mayor de 15 años alfabeta y el índice de marginación social (Cuadro 21).

En síntesis, de acuerdo a los resultados descritos hasta aquí, es posible aproximar que para los resultados finales de salud, 6 Estados (18.7%) fueron los de mayor desigualdad relativa; para el acceso a los servicios de salud, 21 Estados (65.6%) fueron los que exhibieron mayores desigualdades; y para las condiciones de vida, fueron 15 (46.8%) Estados los que mostraron más nivel de desigualdad relativa (Cuadro 22).

CUADRO 22. RESUMEN DE LOS HALLAZGOS DEL ANÁLISIS DEL INIQUIS, 1995.

Desigualdades en Salud				
Resultados de salud (6, 18.7%)	Acceso a servicios de salud (21, 65.6%)		Condiciones de vida (15, 46.8%)	
Oaxaca	Puebla	Hidalgo	E. de México	Querétaro
Chiapas	Oaxaca	Campeche	Chiapas	Morelos
Puebla	Chiapas	San L. Potosí	Puebla	Tlaxcala
Guerrero	E. de México	Querétaro	D. Federal	Q. Roo
E. de México	Guerrero	Zacateca	Michoacán	Hidalgo
Guanajuato	Tlaxcala	Q. Roo	Oaxaca	Baja California
	Michoacán	Yucatán	Guerrero	
	Morelos	Nayarit	Guanajuato	
	Guanajuato	Jalisco	Jalisco	
	Veracruz	Tabasco		
		Chihuahua		

INIQUIS para 2002.

El INIQUIS construido para el año 2002, se basó en el mismo planteamiento de indicadores en que fue medida la desigualdad relativa de salud para 1995 en cuanto a condiciones de vida, resultados de salud y acceso a servicios de salud.

El INIQUIS construido para explorar la presencia de desigualdad relativa en las *condiciones de vida* considerando del índice de marginación social (IMG) como

indicador inicial del INIQUIS mostró que 11 Estados (34.3%) presentaban desigualdades en las condiciones de vida. Los estados con un puntaje del INIQUIS por debajo de 0.50 fueron el Estado de México, Baja California, Nuevo León, Chihuahua, Querétaro, Puebla, Distrito Federal, Guanajuato, Coahuila, Morelos y Quintana Roo (Cuadro 23).

CUADRO 23. RESULTADOS DEL INIQUIS PARA CONDICIONES DE VIDA, 2002.

Condiciones de vida: 2002			
Entidades Federativas	IMG	Entidades Federativas	IMG
Tabasco	0.3054	Guerrero	0.4682
Nayarit	0.3175	Campeche	0.4710
Zacatecas	0.3460	Sonora	0.4866
Sinaloa	0.3635	Aguascalientes	0.4876
B. California S	0.3718	Yucatán	0.4889
Tlaxcala	0.3768	Quintana Roo	0.5102
Durango	0.3938	Morelos	0.5206
Michoacán	0.3953	Guanajuato	0.5246
San Luis Potosí	0.4110	Coahuila	0.5246
Colima	0.4119	Distrito Federal	0.5293
Tamaulipas	0.4173	Puebla	0.5356
Oaxaca	0.4182	Querétaro	0.5424
Veracruz	0.4243	Chihuahua	0.5534
Hidalgo	0.4391	Nuevo León	0.5625
Chiapas	0.4396	Baja California	0.5651
Jalisco	0.4634	México	0.5971

Indicadores incluidos:
 EVN TMI
 TMG PSS
 PAPA CV1a
 MdxH GTSp
 PA15 IMG

Indicadores seleccionados:
 CV1a MdxH
 GTSp IMG
 PA15

Al ver este hallazgo, llama la atención que estados como el Distrito Federal, Nuevo León y Coahuila, que tradicionalmente mostraban puntajes del INIQUIS menores a 0.50 para las dimensiones anteriormente analizadas, ahora aparecen con puntajes más elevados ubicándose dentro del conjunto de los estados clasificados con mayores desigualdades relativa global de las condiciones de vida. Algo similar sucede, al observar que de los 21 Estados (65.6%) con valores de INIQUIS inferiores a 0.50 y por ende clasificados como de menor situación de desigualdad relativa global, aparecen estados como Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Tlaxcala e Hidalgo, que regularmente casi siempre presentaban valores de INIQUIS muy superiores a 0.50. Los indicadores seleccionados por el modelo INIQUIS además de PA15a, fueron el porcentaje de niños vacunados con esquema completo, el gasto total en salud como porcentaje del PIB, y el índice de marginación social.

El INIQUIS construido para aproximarnos a conocer la situación de la desigualdad relativa de los *resultados de salud* mostró, que al considerar como indicador de inicio en el modelo del INIQUIS a la esperanza de vida al nacer (EVN) el 56.2% de los Estados del país, es decir, 18 Entidades Federativas presentaban una situación de desigualdad en los resultados de salud, siendo los estados Chiapas, Oaxaca, Puebla, Guerrero y el Estado de México los que exhibían los puntajes mas elevados y por ende mayor desigualdad. Los restantes 14 Estados (43.7%) reportaron valores inferiores de 0.50 en el modelo del INIQUIS, observándose que los estados de Distrito Federal y Baja California Sur, eran los estados que presentaban más bajas cifras del INIQUIS. Para esta dimensión no se visualizaron Entidades Federativas que tuvieran valores de INIQUIS superiores a 0.75 o inferiores a 0.25, lo que sugiere que no existen Estados que posean una peor situación, es decir, alta desigualdad relativa global, pero tampoco una buena situación de desigualdad relativa, respectivamente. Los indicadores seleccionados por el modelo del INIQUIS en esta dimensión fueron a demás de la EVN, el porcentaje de vacunación en niños de 1 año de edad con esquema completo, el índice de médicos por habitantes, el gasto público *per cápita* en salud, el porcentaje de población mayor de 15 años alfabeta y el índice de marginación social (Cuadro 24).

CUADRO 24. RESULTADOS DEL INIQUIS PARA LA DIMENSIÓN DE RESULTADOS DE SALUD, 2002.

Resultados de salud: 2002			
Entidades Federativas	EVN	Entidades Federativas	EVN
Distrito Federal	0.3333	Zacatecas	0.5129
B. California S	0.3681	Morelos	0.5168
Colima	0.4030	Chihuahua	0.5183
Campeche	0.4067	Yucatán	0.5206
Tabasco	0.4185	San Luis Potosí	0.5276
Tamaulipas	0.4435	Querétaro	0.5277
Coahuila	0.4484	Veracruz	0.5394
Aguascalientes	0.4516	Baja California	0.5407
Nayarit	0.4525	Hidalgo	0.5488
Sonora	0.4540	Michoacán	0.5771
Durango	0.4673	Guanajuato	0.5839
Quintana Roo	0.4702	México	0.6016
Sinaloa	0.4714	Guerrero	0.6188
Nuevo León	0.4793	Puebla	0.6252
Jalisco	0.5047	Oaxaca	0.6503
Tlaxcala	0.5124	Chiapas	0.6956

Indicadores incluidos:	
EVN	TMI
TMM	TMEP
PSS	CV1a
MdxH	GPpS
PA15	IMG
Indicadores seleccionados:	
CV1a	MdxH
GPpS	PA15
IMG	EVN

Para explorar la desigualdad relativa de los *servicios de salud*, el INIQUIS calculado considerando como indicador inicial el porcentaje de atención al parto por personal adiestrado (PAPA) mostró que el 68.7% de los Estados (22) presentaba desigualdades en el acceso a los servicios de salud, siendo particularmente llamativo que las Entidades Federativas de Guerrero (0.7532) y Chiapas (0.7517) reportaban valores del INIQUIS superiores a 0.75, sugiriendo un nivel de desigualdad en los servicios de salud muy elevado (Cuadro 25). Esta última observación es contrastante si tomamos en cuenta que el Distrito Federal (0.1823) mostró un INIQUIS por debajo de 0.25, lo que traduce que al parecer existe una menor situación de desigualdad relativa respecto al acceso de la población a los servicios de salud. Las Entidades Federativas con INIQUIS por debajo de 0.50, son las identificadas anteriormente en el análisis de la dimensión de resultados finales de salud, sin embargo, en esta ocasión es importante hacer notar que los mencionados estados de Chiapas, Oaxaca, Puebla, Guerrero el Estado de México, junto a Baja California, Morelos, Veracruz, y Michoacán fueron los que exhibieron los valores más elevados de INIQUIS y en consecuencia presentaban los mayores niveles de desigualdad.

CUADRO 25. RESULTADOS DEL INIQUIS PARA LA DIMENSIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, 2002.

Servicios de salud: 2002			
Entidades Federativas	PAPA	Entidades Federativas	MDxH
Distrito Federal	0.1823	Tamaulipas	0.5549
B. California S	0.3702	Chihuahua	0.5606
Aguascalientes	0.4276	Sinaloa	0.5672
Coahuila	0.4537	Hidalgo	0.5748
Durango	0.4629	Nuevo León	0.5766
Yucatán	0.4710	Guanajuato	0.5776
Campeche	0.4716	Nayarit	0.5805
Colima	0.4741	Michoacán	0.6156
Sonora	0.4842	Veracruz	0.6251
Zacatecas	0.4993	Puebla	0.6254
Jalisco	0.5182	México	0.6281
Tlaxcala	0.5238	Oaxaca	0.6625
Tabasco	0.5244	Morelos	0.6626
Querétaro	0.5334	Baja California	0.6822
Quintana Roo	0.5350	Chiapas	0.7517
San Luis Potosí	0.5406	Guerrero	0.7532

Indicadores incluidos:
 TMM5 TMM
 ITBp PAPA
 MdxH CcxH
 GPpS PA15
 IMG PIBp

Indicadores seleccionados:
 ITBp CcxH
 GPpS PA15
 IMG PAPA

Por otro lado, el resto de los 10 Estados (31.25%) presentaron INIQUIS con puntajes menores a 0.50, siendo además del Distrito Federal, Zacatecas, Sonora, Colima,

Campeche, Yucatán Durango, Coahuila, Aguascalientes y Baja Californias Sur los estados que mostraron una menor situación de desigualdad relativa global, lo que fue sugestivo de baja desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Los indicadores seleccionados por el modelo del INIQUIS evidenciaron que los indicadores que mejor explicaban los resultados fueron además del PAPA, la incidencia acumulada de TB pulmonar, el porcentaje de camas censables por habitantes, el gasto público *per cápita* en salud, el porcentaje de población mayor de 15 años alfabeta y el índice de marginación social (Cuadro 25).

A manera de resumen, se pudo observar que para la dimensión de los resultados finales de salud, 18 Estados (56.2%) fueron los de mayor desigualdad relativa global; para la dimensión de acceso a los servicios de salud fueron 21 (65.3%) los Estados de mayores desigualdades; y para la dimensión de condiciones de vida, 11 Estados (34.3%) fueron los de mayores desigualdades (Cuadro 26).

CUADRO 26. RESUMEN DE LOS HALLAZGOS DEL ANÁLISIS DEL INIQUIS, 2002.

Desigualdades en Salud					
Resultados de salud (18, 56.2%)		Accesos a servicios de salud (21, 65.6%)		Condiciones de vida (11, 34.3%)	
Chiapas	Querétaro	Guerrero	Hidalgo	E. de México	D. Federal
Oaxaca	San L. Potosí	Chiapas	Sinaloa	Baja California	Coahuila
Puebla	Yucatán	B. California	Chihuahua	Nuevo León	Guanajuato
Guerrero	Chihuahua	Morelos	Tamaulipas	Chihuahua	Morelos
E. de México	Morelos	Oaxaca	San L. Potosí	Querétaro	Q. Roo
Guanajuato	Zacateca	E. de México	Q. Roo	Puebla	
Michoacán	Tlaxcala	Puebla	Querétaro		
Hidalgo	Jalisco	Michoacán	Tabasco		
B. California		Nayarit	Tlaxcala		
Veracruz		Guanajuato	Jalisco		
		Nuevo León			

INIQUIS para 2002 con Indicadores sobre las “Intervenciones de la Reforma”.

La variante del modelo del INIQUIS con indicadores sobre las “intervenciones de reforma” consistió en incorporar los indicadores relacionados con las estrategias de reforma implementadas en el país entre 1995 y 2002.

Para explorar la presencia de desigualdad relativa de las *condiciones de vida*, el INIQUIS construido considerando el índice de marginación social (IMG) como indicador inicial del INIQUIS mostró, que 23 Entidades Federativas (71.8%) reportaron un INIQUIS con valores que sobrepasaban la media (0.50), lo que sugiere pensar que la inmensa mayoría de los Estados presentaban una situación de desigualdad relativa de las condiciones de vida de la población. El Estado con mayor puntaje en este modelo del INIQUIS fue Chiapas (0.6145), seguidas por Baja California, Hidalgo y Zacatecas (Cuadro 27).

CUADRO 27. RESULTADOS DEL INIQUIS CON INDICADORES SOBRE LAS “INTERVENCIONES DE REFORMA” PARA CONDICIONES DE VIDA, 2002.

Condiciones de vida: 2002-Reforma			
Entidades Federativas	IMG	Entidades Federativas	IMG
Veracruz	0.3044	Nayarit	0.5440
Distrito Federal	0.3127	Guanajuato	0.5488
Tabasco	0.3270	Puebla	0.5511
Tamaulipas	0.3834	Quintana Roo	0.5619
Sonora	0.4065	Coahuila	0.5649
Guerrero	0.4084	Yucatán	0.5688
Jalisco	0.4203	Tlaxcala	0.5696
Aguascalientes	0.4488	Chihuahua	0.5721
México	0.4841	Colima	0.5743
San Luis Potosí	0.5150	Morelos	0.5759
Sinaloa	0.5282	Querétaro	0.5767
Oaxaca	0.5288	Nuevo León	0.5876
B California S	0.5345	Zacatecas	0.6026
Campeche	0.5361	Hidalgo	0.6082
Durango	0.5417	Baja California	0.6093
Michoacán	0.5422	Chiapas	0.6145

Indicadores incluidos:		
EVN	TMI	TMG
PSS	PAPA	CV1a
MdxH	GTSPIB	PA15a
IMG	TDSS	TOPD
NPCPE	PAI	AES
AFS	PA1v	MPF
Indicadores seleccionados:		
CV1a	PA15a	IMG
TDSS	TOPD	AES
AFS		

Del otro lado del eje, 9 Estados (28.1%) presentaron valores del INIQUIS inferiores a la media y por ende clasificaron en el grupo de Entidades Federativas con menor situación de desigualdad relativa global de las condiciones de vida en comparación al resto de los estados. Los Estados con mejores resultados del INIQUIS fueron Veracruz, el Distrito Federal, Tabasco y Tamaulipas principalmente. Los indicadores

seleccionados por ambos modelos del INIQUIS para esta dimensión fueron además del IMG, el porcentaje de niños vacunados con esquema completo, el gasto total en salud como porcentaje del PIB, el porcentaje de población mayor de 15 años alfabeta, el número de años de iniciado el proceso de descentralización, y de instalado el OPS y el porcentaje de aportación estatal al financiamiento de la salud (Cuadro 27).

El modelo del INIQUIS construido para aproximarnos a conocer la situación de la desigualdad relativa de los *resultados de salud* mostró, que al considerar como indicador de inicio la esperanza de vida al nacer (EVN) el 68.7% de los Estados del país obtuvieron un puntaje del INIQUIS por encima de 0,50, lo que nos indica que 22 Entidades Federativas presentaban una situación de desigualdad en los resultados de salud (Cuadro 28). El estado de Chiapas (0.7169) fue la entidad de mayor valor del INIQUIS, ubicándolo como el estado de mayor desigualdad de resultados de salud, seguido de Zacateca, Hidalgo, Oaxaca y Yucatán, todos con puntajes superiores a 0.60.

CUADRO 28. RESULTADOS DEL INIQUIS CON INDICADORES SOBRE LAS “INTERVENCIONES DE REFORMA” PARA LA DIMENSIÓN DE RESULTADOS DE SALUD, 2002.

Resultados de salud: 2002-Reforma				Indicadores incluidos:		
Entidades Federativas	EVN	Entidades Federativas	EVN	EVN	vTMI	TMM
Distrito Federal	0.1982	Morelos	0.5519	PMES	PSS	CV1a
Veracruz	0.3248	Nayarit	0.5590	MdxH	GpPS	PR15a
Tabasco	0.3313	Quintana Roo	0.5607	IMG	TDSS	TOPD
Tamaulipas	0.3573	Chihuahua	0.5698	NPCPE	PAI	AES
Jalisco	0.3606	San Luis Potosí	0.5718	AFS	PA1v	MPF
Sonora	0.3692	Campeche	0.5754			
Aguascalientes	0.3945	Querétaro	0.5786			
México	0.4413	Tlaxcala	0.5797			
Guerrero	0.4608	Puebla	0.5899			
B. California S	0.4919	Durango	0.5953			
Coahuila	0.5343	Baja California	0.5997			
Colima	0.5364	Yucatán	0.6045			
Sinaloa	0.5367	Oaxaca	0.6214			
Nuevo León	0.5382	Hidalgo	0.6552			
Guanajuato	0.5419	Zacatecas	0.6723			
Michoacán	0.5489	Chiapas	0.7169			

En el otro lado del eje del INIQUIS, al alcanzar un puntaje inferior a la media, se agrupan 10 Estados (31.2%) encabezando la lista el Distrito Federal al mostrar un valor del INIQUIS de 0.1982, sugiere una menor situación de desigualdad relativa en

comparación con el resto de los Estados. Tras el Distrito Federal las entidades con cifras más bajas del INIQUIS son Veracruz, Tabasco, Tamaulipas, Jalisco, Sonora, Aguascalientes, Estado de México, Guerrero y Baja California Sur. Los indicadores seleccionados por este modelo del INIQUIS fueron además del indicador inicial, el porcentaje de niños vacunados con esquema completo, el número de años en el proceso de descentralización, el número de años desde que comenzó a operar el OPD, el porcentaje de aportación estatal al financiamiento en salud y el porcentaje de aportación Federal al financiamiento en salud.

Para explorar la desigualdad relativa de los *servicios de salud*, el INIQUIS calculado considerando como indicador inicial el porcentaje de atención al parto por personal adiestrado (PAPA) mostró que un 75.0% de las Entidades Federativas, es decir, 24 Estados resultaron tener un INIQUIS superior a la media, lo que hace pensar que la inmensa mayoría de los estados del país al cierre del 2002 y considerando indicadores sobre reforma en el modelo del INIQUIS, presentan una situación de desigualdad en el acceso a servicios de salud (Cuadro 29).

CUADRO 29. RESULTADOS DEL INIQUIS CON INDICADORES SOBRE LAS “INTERVENCIONES DE REFORMA” PARA LA DIMENSIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, 2002.

Servicios de salud: 2002-Reforma				Indicadores incluidos:		
Entidades Federativas	PAPA	Entidades Federativas	PAPA	TMM	TMM5	IATbP
Distrito Federal	0.0472	Durango	0.5789	PAPA	MdxH	CCxH
Aguascalientes	0.3486	Colima	0.5820	GTSPiB	PA15a	IAP
Jalisco	0.3842	B California S	0.5829	TDSS	TOPD	NPCPE
Veracruz	0.3968	Puebla	0.5928	PAI	AES	AFS
Tabasco	0.4007	Quintana Roo	0.5984	PA1v	MPF	
Sonora	0.4060	Campeche	0.6187			
Tamaulipas	0.4654	Oaxaca	0.6240			
México	0.4734	Chihuahua	0.6241			
Guanajuato	0.5322	Sinaloa	0.6278			
Coahuila	0.5494	Zacatecas	0.6375			
Querétaro	0.5606	Baja California	0.6388			
Yucatán	0.5622	Nuevo León	0.6406			
Tlaxcala	0.5633	Nayarit	0.6573			
Guerrero	0.5719	Hidalgo	0.6617			
Michoacán	0.5783	Morelos	0.6767			
San Luis Potosí	0.5789	Chiapas	0.7629			

Por otro lado, llama la atención que estados como Chiapas con un INIQUIS de 0.7629 se presenta como el estado de mayor desigualdad relativa en la dimensión servicios de salud, secundado por Morelos, Hidalgo, Nayarit, Nuevo León, Baja

California, Zacatecas, Sinaloa, Chihuahua, Oaxaca y Campeche, todos ellos con puntajes del INIQUIS superiores a 0.60 (Cuadro 29). En el otro lado del eje, 8 Entidades Federativas (25.0%) completan el grupo de Estados que clasifican bajo la apreciación de una menor situación de desigualdad relativa global de los servicios de salud en comparación al resto de los estados del país, encabezando la lista el Distrito Federal (0.0472) con notable distancia del siguiente Estado (Aguascalientes) de mejor posición según el valor del INIQUIS. Los indicadores seleccionados por el modelo del INIQUIS para esta dimensión fueron además del PAPA, fueron el número de años de iniciado el proceso de descentralización, la incidencia acumulada de TB pulmonar, el porcentaje de aportación estatal al financiamiento a la salud, y el porcentaje de aportación federal al financiamiento a la salud.

Resumiendo, el análisis de la desigualdad relativa de resultados finales de salud mostró que 22 Estados fueron los de mayor desigualdad lo que representa el 68.7%; para la dimensión de acceso a los servicios de salud, 24 Estados presentaron las mayores desigualdades para un 75.0%; y para la dimensión de condiciones de vida, 23 fueron los Estados que presentaron las mayores desigualdades, para un 71.8% (Cuadro 30).

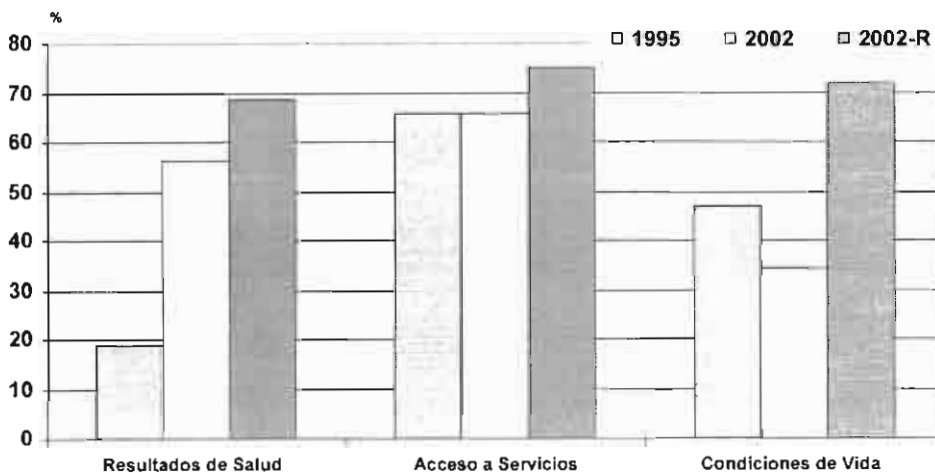
CUADRO 30. RESUMEN DE LOS HALLAZGOS DEL ANÁLISIS DEL INIQUIS, 2002-REFORMA.

Desigualdades en Salud					
Resultados de salud (22, 68.7%)		Accesos a servicios de salud (24, 75.0%)		Condiciones de vida (23, 71.8%)	
Chiapas	Chihuahua	Chiapas	B California Sur	Chiapas	Q. Roo
Zacatecas	Q. Roo	Morelos	Colima	B. California	Puebla
Hidalgo	Nayarit	Hidalgo	Durango	Hidalgo	Guanajuato
Oaxaca	Morelos	Nayarit	San L. Potosí	Zacatecas	Nayarit
Yucatán	Michoacán	Nuevo León	Michoacán	Nuevo León	Michoacán
B. California	Guanajuato	B. California	Guerrero	Querétaro	Durango
Durango	Nuevo León	Zacatecas	Tlaxcala	Morelos	Campeche
Puebla	Sinaloa	Sinaloa	Yucatán	Colima	B. California S
Tlaxcala	Colima	Chihuahua	Querétaro	Chihuahua	Oaxaca
Querétaro	Coahuila	Oaxaca	Coahuila	Tlaxcala	Sinaloa
Campeche		Campeche	Guanajuato	Yucatán	San L. Potosí
San L. Potosí		Q. Roo		Coahuila	
		Puebla			

4.3 Comportamiento de las desigualdades y efectos de las “intervenciones de reformas” 1995-2002.

Con base en los hallazgos del análisis descriptivo del INIQUIS correspondiente a los años 1995, 2002 y 2002-R para cada una de las dimensiones de las desigualdades en salud, es posible observar un significativo incremento en el número de Entidades Federativas que presentaron cambios en la situación de desigualdad relativa de salud (Gráfico 7).

GRÁFICOS 7. ENTIDADES FEDERATIVAS CON PRESENCIA DE DESIGUALDADES DE SALUD SEGÚN INIQUIS 1995, 2002 Y 2002-REFORMA.



La situación de desigualdad relativa en las condiciones de vida en 1995 mostró que poco menos del 50% de los Estados del país, evidenciaron la existencia de estas desigualdades en sus territorios. Este porcentaje disminuyó para el 2002, al reportarse 11 entidades con presencia de desigualdades de condiciones de vida según el modelo del INIQUIS que fue desarrollado sin haber tomado en cuenta las estrategias de la reforma de esos años. Sin embargo cuando el mismo modelo del INIQUIS incorporó los indicadores sobre dichas estrategias, el número de Estados con presencia de desigualdades de condiciones de vida se duplicó, mostrando que bajo esas condiciones, en el 71.8% de las entidades del país existían dichas desigualdades.

Si bien para 1995, de los 32 Estados del país, 6 (18.7%) reportaron evidencias de desigualdad relativa en los resultados de salud, para 2002, sin tomar en cuenta el probable efecto de las estrategias de reforma, este número se duplicó, mostrando

que más de la mitad de las Entidades Federativas del país (56.2%) presentaron niveles palpables de desigualdades en los resultados de salud. No obstante, fue posible también visualizar que si consideramos en el análisis de esta dimensión las diferentes estrategias de reforma desarrolladas en esos años, el número de Estados del país con presencia de desigualdades se incrementa aún más hasta llegar a 22, lo que traduce que el 68.7% de las entidades del país presentaban desigualdades de resultados de salud.

Esta misma situación de incremento de la desigualdad se observa cuando se revisan los datos del análisis de desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud. Para 1995, 21 Estados reportaron valores de INIQUIS por encima de la media, indicando que el 65,6% de las entidades del país evidenciaron presencia de desigualdades en los servicios de salud. Esta proporción se mantuvo para el año 2002 tras realizado el análisis del INIQUIS que excluía los indicadores de las estrategias de reforma. Sin embargo, al ser éstos incluidos, la proporción de Estados con presencia de desigualdades en el acceso a los servicios de salud alcanzó a 24 Estados lo que representó 75.0% de las entidades del país.

Desigualdades en las condiciones de vida

Por su parte, el análisis de desigualdad relativa con base al INIQUIS para las *condiciones de vida* mostró que ni en 1995 ni en 2002 hubo ningún estado del país con puntajes por debajo de 0.25, es decir, presentando una situación de “no desigualdad relativa aparente” para esta dimensión (Cuadro 31). No obstante, Tamaulipas, Tabasco, Veracruz, Distrito Federal y Sonora presentaron valores del INIQUIS en 1995 por debajo del valor de referencia (0.50). Todos estos Estados en 2002, con la excepción de Tabasco, aumentaron el puntaje del INIQUIS para ese año, pero sin sobrepasar dicho punto de corte, conservando de esta forma el estado de menor situación de desigualdad relativa de las condiciones de vida respecto a 1995 y al resto de los estados del país.

Al considerar los resultados del modelo INIQUIS 2002-Reforma se pudo observar que en la mayor parte de los Estados los valores del INIQUIS no descendieron,

permitiendo la presunción de que la situación de las desigualdades de las condiciones de vida se mantuvo esos años. Sin embargo, es difícil considerar, dada la naturaleza de las intervenciones puestas en marcha por la reforma, que éstas hayan ejercido cierta influencia en el mantenimiento de estas condiciones, pero de todas formas si es evidente que no las empeoraron.

CUADRO 31. COMPORTAMIENTO DEL INIQUIS SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS PARA CONDICIONES DE VIDA. MODELOS INIQUIS 1995, 2002 Y 2002-REFORMA.

Entidad Federativa	INIQUIS 1995	INIQUIS 2002	INIQUIS 2002-reforma
Veracruz	0.4698	0.4243	0.3044
Distrito Federal	0.5599	0.5293	0.3127
Tabasco	0.4327	0.3054	0.3270
Tamaulipas	0.3971	0.4173	0.3834
Sonora	0.4461	0.4866	0.4065
Guerrero	0.5540	0.4682	0.4084
Jalisco	0.5437	0.4634	0.4203
Aguascalientes	0.5037	0.4876	0.4488
México	0.6047	0.5971	0.4841
San Luis Potosí	0.4765	0.4110	0.5150
Sinaloa	0.4464	0.3635	0.5282
Oaxaca	0.5561	0.4182	0.5288
B California S	0.4347	0.3718	0.5345
Campeche	0.4791	0.4710	0.5361
Durango	0.4300	0.3938	0.5417
Michoacán	0.5589	0.3953	0.5422
Nayarit	0.4094	0.3175	0.5440
Guanajuato	0.5532	0.5246	0.5488
Puebla	0.5637	0.5356	0.5511
Quintana Roo	0.5134	0.5102	0.5619
Coahuila	0.4538	0.5246	0.5649
Yucatán	0.3389	0.4889	0.5688
Tlaxcala	0.5117	0.3768	0.5696
Chihuahua	0.4859	0.5534	0.5721
Colima	0.4412	0.4119	0.5743
Morelos	0.5219	0.5206	0.5759
Querétaro	0.5248	0.5424	0.5767
Nuevo León	0.4918	0.5625	0.5876
Zacatecas	0.4481	0.3460	0.6026
Hidalgo	0.5110	0.4391	0.6082
Baja California	0.5053	0.5651	0.6093
Chiapas	0.5826	0.4396	0.6145

De forma similar, los estados de Aguascalientes, Jalisco, Guerrero y el Estado de México, en 1995 presentaron puntajes del INIQUIS superiores a 0.50, mostrando un estado de desigualdad relativa de las condiciones de vida. Sin embargo, para 2002, dicho puntaje disminuyó discretamente para el Estado de México y más

marcadamente para el resto de las entidades mencionadas, lo que traduce una reducción de los niveles de desigualdad, al poder clasificar para este último año a estos Estados con una menor situación de desigualdad relativa en las condiciones de vida. Si observamos los valores del modelo del INIQUIS con indicadores de reforma (INIQUIS 2002-Reforma), es evidente que dicho puntaje es menor aún que el registrado en los modelos del INIQUIS de 2002 y 1995, lo que hace pensar en el efecto favorecedor que se le pudiera atribuir a las intervenciones de reforma sobre las desigualdades en las condiciones de vida.

Otro grupo de Entidades Federativas en 1995 (Nayarit, Durango, Baja California Sur, Colima, Sinaloa, Campeche y Zacatecas) presentaban puntajes del INIQUIS discretamente por debajo de 0.50, pudiendo ser clasificadas para ese año con una menor situación de desigualdad relativa de las condiciones de vida. Este mismo puntaje del INIQUIS, pero para el año 2002, disminuyó significativamente en todas ellas, incluso a valores cercanas a 0.30, evidenciando la reducción de los niveles de desigualdad en esta dimensión en comparación a 1995. Ahora bien, cuando se analizan los resultados del INIQUIS considerando los indicadores de reforma en 2002, la situación es diferente ya que todos los estados mencionados incrementan sustancialmente los valores del INIQUIS 2002-Reforma obteniéndose valores que sobrepasan el valor de referencia y por ende cambiando la situación de menor desigualdad relativa de las condiciones de vida vista en los modelos INIQUIS de 1995 y 2002 a la presencia de desigualdad relativa para las condiciones de vida. Este hallazgo, es controversial si consideramos que los incrementos observados son más bien discretos y que las intervenciones de reforma desarrolladas son básicamente a nivel de los servicios de salud, con poca ingerencia directa sobre las condiciones de vida, de ahí que pudiéramos creer que parece que los niveles de desigualdad relativa para estos Estados no han sido influenciados por las intervenciones de reforma impulsadas entre 1995 y 2002.

Un poco diferente es la situación revelada por los resultados del INIQUIS del modelo de 1995 cuando se observó que los estados de Quintana Roo, Tlaxcala, Morelos, Hidalgo y en menor medida, Chiapas, Puebla, Oaxaca, Michoacán y Guanajuato presentaron puntajes del INIQUIS para ese año por encima de 0.50 evidenciando la

existencia de desigualdades en las condiciones de vida de la población de estos Estados. Para 2002, esta situación continúa en el caso de Guanajuato, Puebla, Quintana Roo y Morelos al mostrar el INIQUIS de ese año discretos incrementos en el puntaje respecto al registrado en 1995. Sin embargo, no fue así para los estados de Tlaxcala, Michoacán, seguidos de en menor medida de Oaxaca, Chiapas e Hidalgo, cuyo puntaje del INIQUIS para 2002 disminuyó, incluso, revirtiendo la condición de existencia de desigualdad en las condiciones de vida a una situación de mejor desigualdad relativa global en todos los casos. Ante estos resultados, parece considerarse la idea de que las condiciones de vida se mejoraron en el grupo de Estados mencionados respecto a 1995, pero al observar los datos del modelo del INIQUIS de 2002 con indicadores de “intervenciones de reforma”, esta idea se desdibuja, ya que el puntaje del INIQUIS de ese modelo permite apreciar incrementos significativos por encima de 0.50 en los valores del INIQUIS para todos los Estados, pero especialmente para el caso de Chiapas, Hidalgo, Morelos y Tlaxcala. En consecuencia, con base en estas observaciones es posible pensar que las intervenciones de reforma implementadas en los años que se analizan parecen haber tenido influencia o incluso fuese ésta negativa sobre los niveles de desigualdad relativa de las condiciones de vida para estos Estados respecto a 1995.

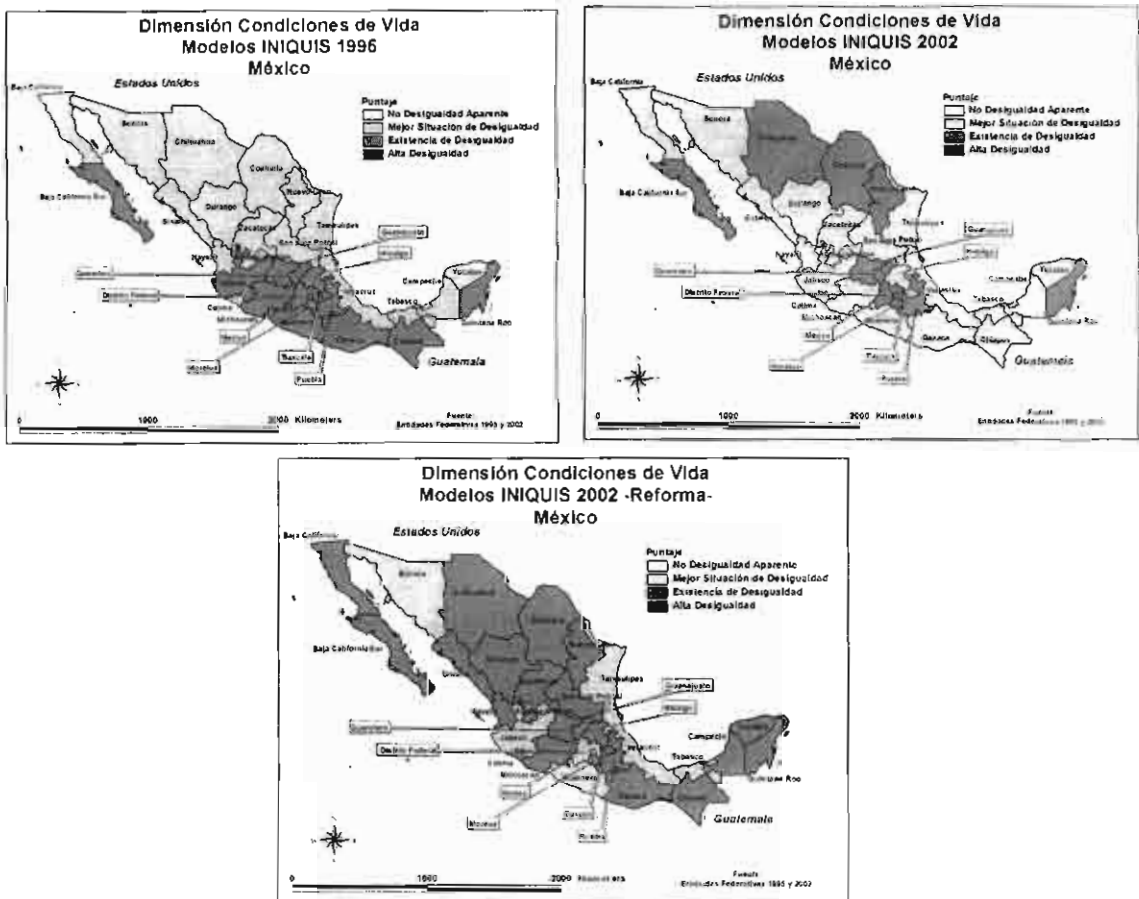
Finalmente, la sentencia referida al final del párrafo precedente es posible sostenerla al examinar los datos del INIQUIS de 1995, 2002 y 2002-Reforma para los estados de Querétaro, Baja California, Nuevo León, Chihuahua, Coahuila y Yucatán, dado que el puntaje del INIQUIS experimentó incrementos sostenidos entre 1995 y 2002, aumentando mucho más cuando se consideraron en el análisis los indicadores sobre las “intervenciones de reforma” (INIQUIS 2002-Reforma). El caso más llamativo es Yucatán que en 1995 mostró una mejor situación de desigualdad relativa global de las condiciones de vida con un INIQUIS de 0.3389 pasando a ser de 0.4889 en el modelo del INIQUIS 2002 y a 0.5688 en el modelo INIQUIS 2002-Reforma (Cuadro 31).

A modo de síntesis, el comportamiento de la desigualdad relativa para condiciones de vida mostró (Mapa 9) que para 1995 y 2002 que los estados de Quintana Roo, Puebla, Guanajuato, Querétaro, Morelos, Baja California Sur mantuvieron la

situación de desigualdad relativa en las condiciones de vida durante todo el período analizado, lo que parece indicar que las “intervenciones de la reforma” no evidenciaron una reducción de las desigualdades.

solo 4 (12.2%) estados (Tabasco, Tamaulipas, Sonora y Veracruz) presentaron una menor situación de desigualdad relativa en las condiciones de vida respecto al resto de las entidades federativas al evidenciar valores de INIQUIS por debajo de 0.50. Este resultado permite inferir que si bien, al no considerar las intervenciones de reforma, se evidenció una reducción de los niveles de desigualdad en las condiciones de vida, el desarrollo de dichas intervenciones parece haber reforzado éstas.

MAPA 9. DESIGUALDAD RELATIVA EN LAS CONDICIONES DE VIDA SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA ENTRE LOS DE 1995-2002 Y CONSIDERANDO LOS INDICADORES SOBRE INTERVENCIONES DE REFORMA (2002-R).



Por su parte, 9 (28.1%) Estados mantuvieron niveles que indicaban menor situación de desigualdad relativa en las condiciones de vida entre 1995 y 2002. Este fue el

caso de San Luis Potosí, Sinaloa, Baja California Sur, Campeche, Durango, Nayarit, Yucatán, Colima y Zacateca. Sin embargo, al analizar los datos del modelo del INIQUIS que incorpora los indicadores sobre las “intervenciones de reforma” (INIQUIS 2002-Reforma), para todos ellos, al igual que para el resto de las Entidades Federativas del país (71.8%) es posible observar la existencia de desigualdades en las condiciones de vida. Esta consideración, aún con lo controversial que puede resultar, denota que las intervenciones de reforma dada la naturaleza de las mismas parecieron no influir en el mejoramiento de las desigualdades de las condiciones de vida.

Desigualdades en los resultados de salud.

El análisis comparativo para la dimensión de la desigualdad relativa de *resultados en salud* permitió observar, que con la excepción del Distrito Federal, que bajó el puntaje del INIQUIS entre 1995 y 2002, el resto de las Entidades Federativas (96.8%) incrementaron el valor del INIQUIS en el modelo que no incluyó los indicadores de las “intervenciones de reforma”. De este último grupo, 13 Estados (40.6%) mantuvieron, a pesar del incremento de sus valores de INIQUIS, un puntaje por debajo de 0.50 lo que sugiere que de 1995 a 2002 conservaron su estatus de menor situación de desigualdad relativa global en comparación a los restantes Estados del país.

Por el contrario, 6 Estados (18.7%), que en 1995 presentaban desigualdades evidentes en los resultados salud, incrementaron significativamente el puntaje del INIQUIS poco más de 0.60, lo que hace pensar que profundizaron la situación de desigualdad relativa global de salud para 2002. Estos Estados son en orden de importancia: Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guerrero, Estado de México y Guanajuato (Cuadro 32).

CUADRO 32. COMPORTAMIENTO DEL INIQUIS SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS PARA LA DIMENSION RESULTADOS DE SALUD. MODELOS INIQUIS 1995, 2002 Y 2002-REFORMA.

Entidad Federativa	INIQUIS 1995	INIQUIS 2002	INIQUIS 2002-reforma
Distrito Federal	0.4055	0.3333	0.1982
B. California Sur	0.3098	0.3681	0.4919
Tamaulipas	0.3227	0.4435	0.3573
Sonora	0.3593	0.4540	0.3692
Tabasco	0.3973	0.4185	0.3313
Durango	0.4096	0.4673	0.5953
Aguascalientes	0.4428	0.4516	0.3945
Guanajuato	0.5074	0.5839	0.5419
México	0.5091	0.6016	0.4413
Guerrero	0.5528	0.6188	0.5508
Puebla	0.5682	0.6252	0.5899
Chiapas	0.5955	0.6956	0.7169
Oaxaca	0.6146	0.6503	0.6214
Jalisco	0.4680	0.5047	0.3606
Tlaxcala	0.4488	0.5124	0.5797
Zacatecas	0.4057	0.5129	0.6723
Morelos	0.4550	0.5168	0.5519
Chihuahua	0.4003	0.5183	0.5698
Yucatán	0.4417	0.5206	0.6045
San Luis Potosí	0.4363	0.5276	0.5718
Querétaro	0.4770	0.5277	0.5786
Veracruz	0.4526	0.5394	0.3248
Baja California	0.4015	0.5407	0.5997
Hidalgo	0.4889	0.5488	0.6552
Michoacán	0.4928	0.5771	0.5489
Coahuila	0.3901	0.4484	0.5343
Colima	0.4048	0.4030	0.5364
Sinaloa	0.3898	0.4714	0.5367
Nuevo León	0.3454	0.4793	0.5382
Nayarit	0.3881	0.4525	0.5590
Quintana Roo	0.3981	0.4702	0.5607
Campeche	0.3777	0.4067	0.5754

Si consideramos los indicadores de las “intervenciones de reforma” en el modelo del INIQUIS de 2002-Reforma (Cuadro 31), observamos que el Distrito Federal baja aún más el valor del INIQUIS (0.1982), manteniéndose como la única entidad que presenta muy bajos niveles de desigualdad relativa de los resultados de salud con respecto al resto de los Estados y a 1995. Este hecho podría sugerir un efecto favorable de las estrategias de reforma sobre los niveles de desigualdad para la dimensión de resultados de salud en este estado. Sin embargo, no es posible obviar el nivel de infraestructura pública y de recursos materiales y financieros de que

dispone el Distrito Federal como capital del país respecto al resto de las Entidades Federativas de país.

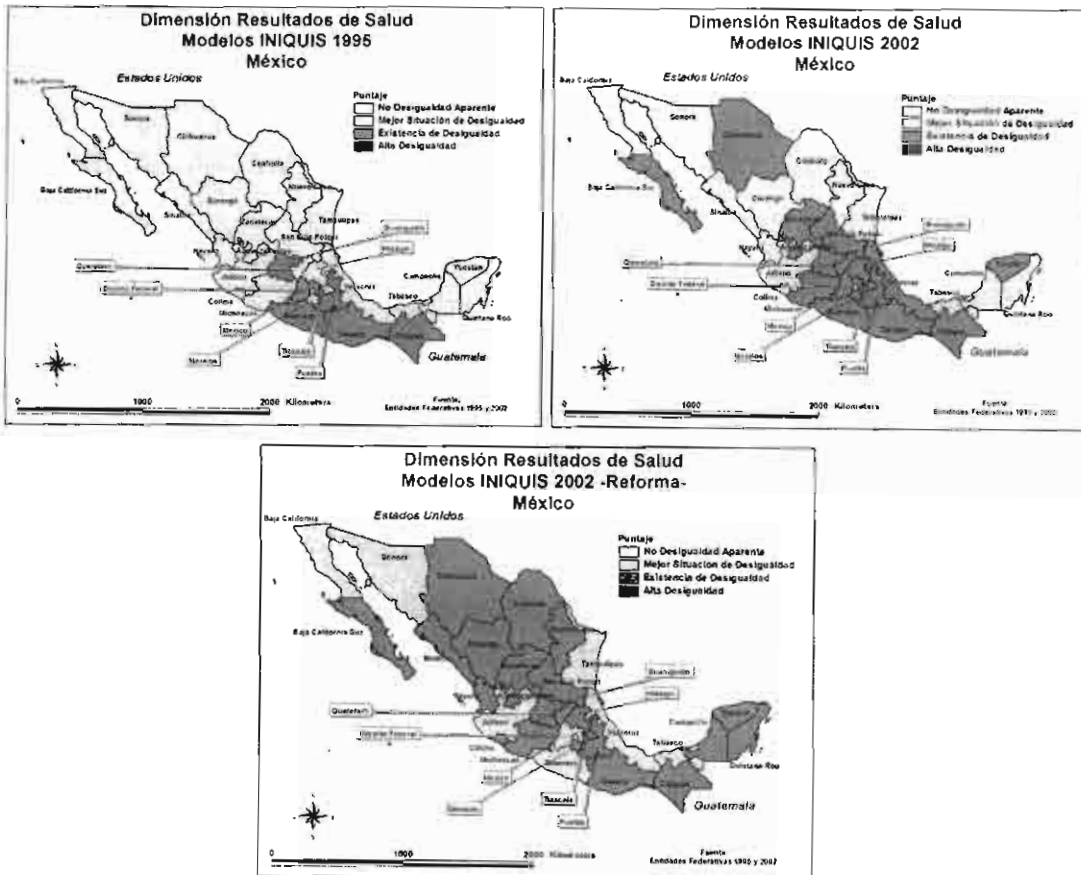
Una situación similar es la presentada en 12 Entidades Federativas (37.5%) al observar como sus valores del INIQUIS habían disminuido cuando se incorporaron al modelo los indicadores de reforma. Este hallazgo es muy significativo en los Estados que en 1995 mostraban valores del INIQUIS indicativos de la presencia de desigualdad relativa de los resultados de salud ($>0,50$), pero que en 2002 evidenciaron reducciones hasta cifras por debajo de la media como es el caso de Veracruz (0.3248), Jalisco (0.3606) y Estado de México (0,4413), quienes cambiaron a una situación de menor desigualdad. Otro grupo de 5 Estados (16.6%), que si bien en 1995 presentaban menor situación de desigualdad relativa, en 2002 mostraron cifras del INIQUIS aún más bajas como fueron Tabasco (0.3313), Tamaulipas (0.3573), Sonora (0.3692), y Aguascalientes (0.3945). Con base en estos hallazgos, es posible considerar que los posibles efectos de las intervenciones de reforma sobre las desigualdades de resultados de salud parecen haber sido positivos por lo menos en el caso de estos Estados.

En contraste, es posible visualizar que 19 Entidades Federativas (59.3%), incrementaron sus valores del INIQUIS de manera significativa entre 1995 y 2002. De este grupo, 10 Estados (31.2%) mantuvieron o aumentaron el puntaje del INIQUIS, lo que denota la continua presencia de la situación de desigualdad relativa global de los resultados de salud de su población. El estado de peor situación fue Chiapas (0.7169) al mostrar un fuerte incremento del INIQUIS, pero también, aunque en menor medida ocurrió lo mismo con Zacatecas (0.6723), Hidalgo (0.6552) y Yucatán (0.6045), y particularmente en los casos de Campeche, Quintana Roo y Nayarit, sobre todo porque en 1995 estos últimos Estados presentaban una menor desigualdad relativa. Esta evidencia podría hacer pensar que los efectos de las intervenciones de reforma no redujeron los niveles de desigualdad de los resultados de salud en estos Estados, por el contrario la acrecentaron.

En síntesis, el comportamiento de la desigualdad relativa de los resultados de salud (Mapa 10) entre los años analizados mostró como los mismos Estados (Oaxaca,

Chiapas, Puebla, Guerrero, Estado de México y Guanajuato) con evidencia de presentar desigualdades para 1995 se perpetúan en esta condición para 2002. No obstante, a pesar que se observa una discreta disminución del valor del INIQUIS en el modelo 2002-Reforma, estas entidades mantienen el estado de desigualdad relativa de los resultados de salud, sentenciando la idea del poco efecto positivo que puede ser atribuido a las intervenciones de reforma en estas entidades.

MAPA 10. DESIGUALDAD RELATIVA DE RESULTADOS DE SALUD SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS ENTRE LOS DE 1995-2002 Y CONSIDERANDO LOS INDICADORES SOBRE INTERVENCIONES DE REFORMA (2002-R).



En ese mismo sentido, al observarse que para el año 2002, otro grupo de Estados (Hidalgo, Baja California, Michoacán, San Luis Potosí, Querétaro, Zacatecas y Tlaxcala) evidenciaron la condición de desigualdad respecto a 1995 y que esta condición también se mantuvo al considerarse el modelo 2002-Reforma, parece sostenerse la apreciación anterior y hasta incluso la idea de que más bien las intervenciones de reforma han tenido un efecto negativo sobre la desigualdad en los resultados de salud en estos territorios.

Finalmente, el Distrito Federal, seguidos por Tabasco, Tamaulipas, Sonora y Aguascalientes, y en menor grado Veracruz, Jalisco y Estado de México, al disminuir los puntajes del INIQUIS y conservar la condición de menor situación de desigualdad relativa en los resultados de salud entre los años analizados, parece evidenciarse que las reformas han tenido cierto efecto impacto favorecedor sobre las desigualdades en esta dimensión.

Desigualdades en el acceso a servicios de salud.

En cuanto a la dimensión de *acceso a los servicios de salud* la situación de desigualdad relativa es un poco distinta a la mostrada por la dimensión precedente (Cuadro 33). Si bien en 1995 el Distrito Federal presentaba una mejor situación de desigualdad relativa en el acceso a los servicios con un valor del INIQUIS de 0.2496, esta misma condición se mantuvo en 2002, solo que con un puntaje del INIQUIS en 0.1823, como también se puede apreciar en el modelo del INIQUIS que incorpora los indicadores sobre “intervenciones de reforma” (0.0472). Este hallazgo de “no desigualdad relativa aparente” sugiere que el Distrito Federal es el estado con menor situación de desigualdad en el acceso a servicios de salud y que las intervenciones de reforma analizadas en 2002 parecieron tener un efecto positivo en esta dimensión en comparación al resto de las Entidades Federativas. De igual forma, Aguascalientes mostró valores del INIQUIS por debajo de 0.50 en los modelos de 1995 y 2002, y más bajo aún en el modelo del INIQUIS 2002-Reforma, lo que es indicativo de que mantuvo también una menor situación de desigualdad relativa global en el acceso a los servicios de salud y que las estrategias de reforma pudieron haber mejorado el acceso a dichos servicios.

Por su parte, los estados de Jalisco, Veracruz, Tabasco y Estado de México, si bien mostraron para 1995 valores del INIQUIS que sugerían la presencia de desigualdades en el acceso a servicios de salud, para el año 2002, según los modelos INIQUIS con y sin indicadores sobre “intervenciones de reforma”, revirtieron esta situación pasando a ser estados con una menor situación respecto a 1995 y al resto de las Entidades Federativas. Esta observación es más evidente si

consideramos los valores del INIQUIS 2002-Reforma, lo que hace pensar que las “intervenciones de reforma” parecen haber tenido un efecto positivo en los niveles de desigualdad para esta dimensión.

CUADRO 33. COMPORTAMIENTO DEL INIQUIS SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS PARA LA DIMENSION ACCESO A SERVICIOS DE SALUD. MODELOS INIQUIS 1995, 2002 Y 2002-REFORMA.

Entidad Federativa	INIQUIS 1995	INIQUIS 2002	INIQUIS 2002-reforma
Distrito Federal	0.2496	0.1823	0.0472
Aguascalientes	0.4474	0.4276	0.3486
Jalisco	0.5406	0.5182	0.3842
Veracruz	0.6452	0.6251	0.3968
Tabasco	0.5293	0.5244	0.4007
Sonora	0.4154	0.4842	0.4060
Tamaulipas	0.4092	0.5549	0.4654
México	0.7192	0.6281	0.4734
Guanajuato	0.6491	0.5776	0.5322
Coahuila	0.3944	0.4537	0.5494
Querétaro	0.5901	0.5334	0.5606
Yucatán	0.5497	0.4710	0.5622
Tlaxcala	0.7006	0.5238	0.5633
Guerrero	0.7151	0.7532	0.5719
Michoacán	0.6920	0.6156	0.5783
San Luis Potosí	0.6073	0.5406	0.5789
Durango	0.4685	0.4629	0.5789
Colima	0.4633	0.4741	0.5820
B California S	0.3112	0.3702	0.5829
Puebla	0.7922	0.6254	0.5928
Quintana Roo	0.5560	0.5350	0.5984
Campeche	0.6206	0.4716	0.6187
Oaxaca	0.7769	0.6625	0.6240
Chihuahua	0.5106	0.5606	0.6241
Sinaloa	0.4349	0.5672	0.6278
Zacatecas	0.5674	0.4993	0.6375
Baja California	0.4666	0.6822	0.6388
Nuevo León	0.4020	0.5766	0.6406
Nayarit	0.5492	0.5805	0.6573
Hidalgo	0.6387	0.5748	0.6617
Morelos	0.6696	0.6626	0.6767
Chiapas	0.7495	0.7517	0.7629

Situación similar en cuanto al descenso que mostraron los puntajes del INIQUIS entre los años de 1995 y 2002 lo presentaban los estados de Guanajuato y Michoacán, pero muy especialmente los de Puebla, Guerrero y Oaxaca. Sin embargo, a pesar de este hallazgo, ninguno de estas entidades cambió su estado de desigualdad relativa en el acceso a servicios de salud, aunque al observar la

marcada disminución de los valores del INIQUIS en el modelo que incorpora los indicadores sobre “intervenciones de reforma”, parece sugerirse que la reforma ha tenido un cierto efecto benéfico, es decir, pudo haber mejorado el acceso a los servicios, pero aún sin lograr remover el estado de desigualdad en esta dimensión.

En contraste a lo descrito hasta este momento, la situación de desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud parece haberse empeorado en 7 Entidades Federativas (21.8%). En los estados de Baja California Sur, Coahuila, Sinaloa, Nuevo León, Chihuahua, Colima y Durango el puntaje del INIQUIS no sobrepasaba el 0.50 en 1995, sin embargo, para el año 2002 estos valores del INIQUIS se incrementaron en todos los casos, especialmente si consideramos el modelo del INIQUIS 2002-Reforma, que mostró puntajes significativamente superiores a los obtenidos en 1995. Por otro lado, el estado de Nayarit y particularmente el de Chiapas, no solo no cambiaron su condición de desigualdad relativa global en el acceso a los servicios de salud entre 1995 y 2002, sino que al parecer la acrecentaron al observar el incremento de los valores del INIQUIS para 2002, incluyendo el modelo que incorpora indicadores sobre las “intervenciones de reforma”. Estas observaciones parecen sugerir que para 2002 no hubo un impacto favorecedor por parte de las estrategias de reforma sobre el mejoramiento del acceso a los servicios de salud en todas estas entidades federativas, sino todo lo contrario.

Finalmente, el análisis comparativo para esta dimensión de la desigualdad en salud mostró una situación particular, si tomamos en cuenta que los valores del INIQUIS en la mayoría de los restantes 10 Estados (31.2%) se incrementaron entre 1995 y 2002, pero evidenciaron descensos incluso significativos al observar el modelo que incorpora indicadores sobre “intervenciones de reforma” (INIQUIS 2002-Reforma). Los estados de Sonora, Tamaulipas y Baja California presentaron una menor situación de desigualdad relativa en 1995 al mostrar valores del INIQUIS por debajo de 0.50, pero de franca desigualdad relativa en el 2002 al alcanzar puntajes del INIQUIS superiores a este valor. Sin embargo, al analizar el modelo del INIQUIS 2002-Reforma, estos valores descienden especialmente para Sonora y Tamaulipas revirtiendo al parecer el estado de desigualdad relativa global visto en el modelo del

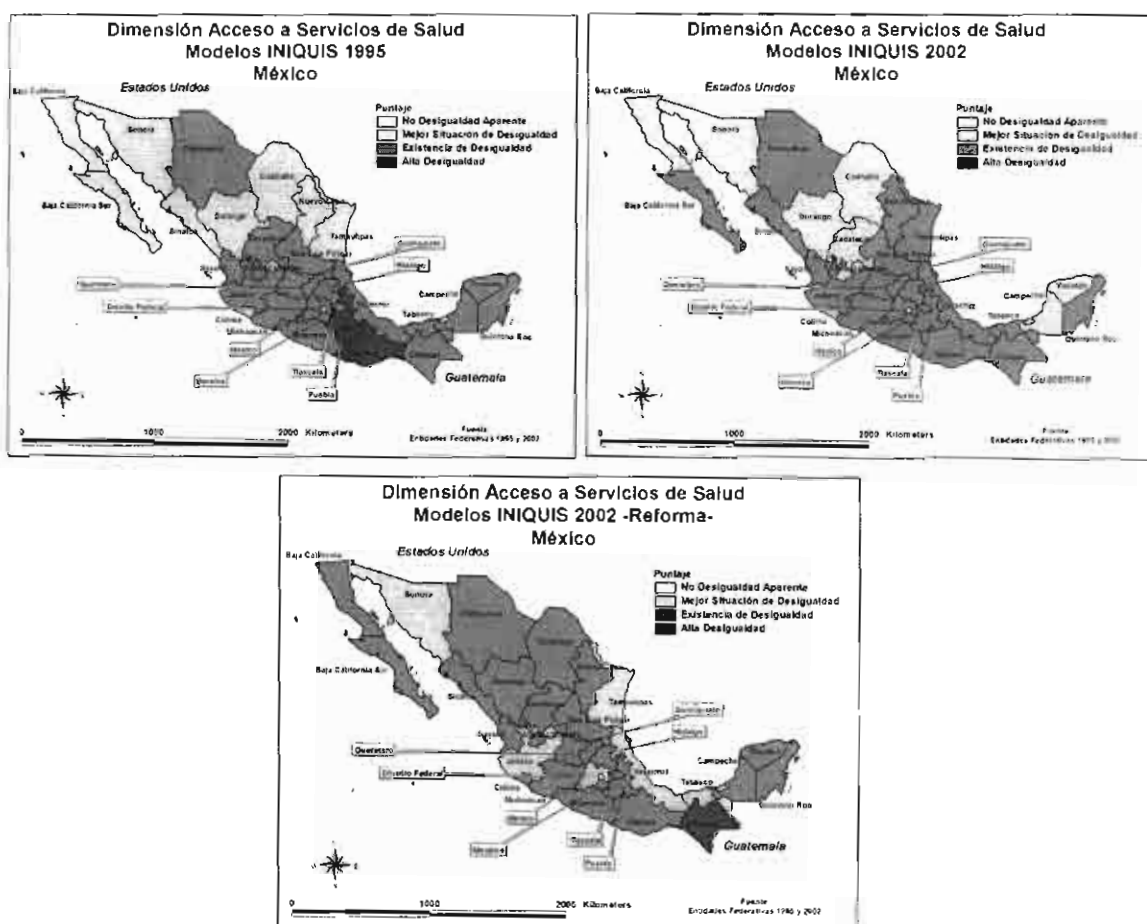
INIQUIS de 2002; mientras que para Baja California, a pesar del descenso observado en el puntaje del INIQUIS en el modelo que incorpora los indicadores sobre "intervenciones de reforma", la condición de desigualdad en el acceso a los servicios de salud permanece (Cuadro 33).

Para el caso de los estados de Quintana Roo, Hidalgo, Morelos, Querétaro, Tlaxcala y San Luis Potosí los valores del INIQUIS en 1995 evidenciaron la presencia de desigualdad relativa en esta dimensión, pero a pesar de que el puntaje en el modelo del INIQUIS del 2002 experimentó un descenso, la situación de desigualdad permaneció. Esta situación parece verse reforzada si tenemos en cuenta que los puntajes del INIQUIS en el modelo que incluye los indicadores sobre las "intervenciones de reforma" se mantienen también elevados con valores que superan el punto de referencia (0.50). Lo contrario ocurrió para los estados de Yucatán, Campeche y Zacatecas, cuyos valores del INIQUIS para 1995 mostraron una situación de desigualdad, pero en el modelo del INIQUIS para el 2002 evidenciaron una mejora significativa llegando a revertir la situación de desigualdad relativa vista en 1995. No obstante, a pesar de este descenso los valores del INIQUIS para el modelo 2002-Reforma se incrementaron marcadamente indicando nuevamente el estado de desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud (Cuadro 33).

En resumen, el análisis del comportamiento de la desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud entre los años 1995 y 2002 (Mapa 11) mostró que en el caso del Distrito Federal, Aguascalientes y Sonora la situación de desigualdad disminuyó aún más o se mantuvo baja, respectivamente, sugiriendo la idea de que las estrategias de reforma parecen haber tenido un efecto positivo sobre la desigualdad en esta dimensión. De igual forma parece que ocurrió con los estados de Jalisco, Veracruz, Tabasco, Tamaulipas y Estado de México, que a pesar de evidenciar una presencia de desigualdad en el acceso a los servicios de salud entre 1995 y 2002, los resultados obtenidos en este último año indican que las estrategias de reforma parecen haber mejorado considerablemente la situación de igualdad si tenemos en cuenta los datos del modelo del INIQUIS del 2002-Reforma. Por otro lado, con base en este mismo modelo, todo parece indicar que las "intervenciones de reforma" incidieron negativamente en la situación de desigualdad relativa en el acceso a los

servicios de salud en Coahuila, Durango, Colima, Baja California Sur, Sinaloa, Baja California y Nuevo León, al evidenciarse un significativo retroceso en cuanto a la situación de desigualdad. Finalmente, se puede inferir que para el caso del resto de los estados (Guanajuato, Querétaro, Tlaxcala, Guerrero, Michoacán, San Luis Potosí, Puebla, Quintana Roo, Oaxaca, Chihuahua, Nayarit, Yucatán, Campeche, Zacatecas, Hidalgo, Morelos y Chiapas), las reformas desarrolladas entre 1995 y 2002 parece que no impactaron o incluso en algunos casos empeoraron los niveles de desigualdad en el acceso a los servicios de salud.

MAPA 11. DESIGUALDAD RELATIVA EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN ENTIDADES FEDERATIVAS ENTRE LOS DE 1995-2002 Y CONSIDERANDO LOS INDICADORES SOBRE INTERVENCIONES DE REFORMA (2002-R).



Desigualdad relativa global de salud.

Los Cuadros 34 y 35 muestran la posición que ocupan las Entidades Federativas del país entre 1995 y 2002 según los resultados del INIQUIS de 1995 y 2002-Reforma para las condiciones de vida y cada una de las dimensiones analizadas, así como para el conjunto de todas ellas expresadas como *desigualdad relativa global de salud*.

CUADRO 34 COMPORTAMIENTO DE LA DESIGUALDAD RELATIVA GLOBAL DE SALUD POR ENTIDAD FEDERATIVA CON BASE EN EL MODELO DEL INIQUIS 1995.

Entidad Federativa	INIQUIS, 1995				RS: Resultados de Salud
	RS	AS	CV	DRG	
Oaxaca	0.6146	0.7769	0.5561	0.6492	AS: Acceso a Servicios de Salud
Chiapas	0.5955	0.7495	0.5826	0.6425	
Puebla	0.5682	0.7922	0.5637	0.6414	CV: Condiciones de Vida
México	0.5091	0.7192	0.6047	0.6110	
Guerrero	0.5528	0.7151	0.5540	0.6073	DRG: Desigualdad relativa global
Michoacán	0.4928	0.6920	0.5589	0.5812	
Guanajuato	0.5074	0.6491	0.5532	0.5699	
Tlaxcala	0.4488	0.7006	0.5117	0.5537	
Morelos	0.4550	0.6696	0.5219	0.5488	
Hidalgo	0.4889	0.6387	0.5110	0.5462	
Querétaro	0.4770	0.5901	0.5248	0.5306	
Veracruz	0.4526	0.6452	0.4698	0.5225	
Jalisco	0.4680	0.5406	0.5437	0.5174	
San L Potosí	0.4369	0.6073	0.4765	0.5069	
Campeche	0.3777	0.6206	0.4791	0.4925	
Quintana Roo	0.3981	0.5560	0.5134	0.4892	
Zacatecas	0.4057	0.5674	0.4481	0.4737	
Chihuahua	0.4003	0.5106	0.4859	0.4656	
Aguascalientes	0.4428	0.4474	0.4937	0.4613	
B California	0.4015	0.4666	0.5053	0.4578	
Tabasco	0.3973	0.5293	0.4327	0.4531	
Nayarit	0.3881	0.5492	0.4094	0.4489	
Yucatán	0.4417	0.5497	0.3389	0.4434	
Nuevo León	0.3454	0.402	0.4918	0.4131	
Colima	0.4048	0.4633	0.4412	0.4364	
Durango	0.4096	0.4685	0.4300	0.4360	
Sinaloa	0.3898	0.4349	0.4464	0.4237	
Coahuila	0.3901	0.3944	0.4538	0.4128	
Sonora	0.3593	0.4154	0.4461	0.4069	
D. Federal	0.4055	0.2496	0.5599	0.4050	
Tamaulipas	0.3527	0.4092	0.3971	0.3863	
B. C. Sur	0.3098	0.3112	0.4327	0.3512	

De manera general, se pudo observar que mientras en 1995 el 43.7% (14) de los Estados del país presentaban niveles de desigualdad relativa global de salud con valores del INIQUIS por encima de 0.50, en 2002 esta proporción se incremento a 75.0% (24), es decir, un incremento de poco más del 30%. Con la excepción de 5

(15.6%) Estados (Distrito Federal, Sonora, Tamaulipas, Aguascalientes y Tabasco) que mantuvieron una menor desigualdad relativa global esos años, y de los 3 (9.3%) Estados (Veracruz, Jalisco y Estado de México) que cambiaron su situación de desigualdad relativa global al pasar de franca desigualdad a una menor desigualdad, el resto de las 24 (75.0%) Entidades Federativas del país mantuvieron o perpetuaron en 2002 el nivel de desigualdad relativa global que presentaron en 1995. Este hallazgo sugiere pensar que, en términos globales, las intervenciones desarrolladas por la reforma sanitaria de 1995-2002 en México no tuvieron un impacto general favorecedor en el mejoramiento de las desigualdades de salud. Por el contrario, todo parece indicar, que por lo menos en más de 70% de las Entidades Federativas del país las intervenciones de la reforma incidieron negativamente al no lograr mejorar las desigualdades en salud seis años después de su puesta en marcha.

CUADRO 35 COMPORTAMIENTO DE LA DESIGUALDAD RELATIVA GLOBAL DE SALUD POR ENTIDAD FEDERATIVA CON BASE EN EL MODELO DEL INIQUIS 20002-REFORMA.

Entidad Federativa	INIQUIS, 2002-Reforma			
	RS	AS	CV	DRG
Chiapas	0.7169	0.7629	0.6145	0.6981
Hidalgo	0.6552	0.6617	0.6082	0.6417
Zacatecas	0.6723	0.6375	0.6026	0.6375
B California	0.5997	0.6388	0.6093	0.6159
Morelos	0.5519	0.6767	0.5759	0.6015
Oaxaca	0.6214	0.6240	0.5288	0.5914
Nuevo León	0.5382	0.6406	0.5876	0.5888
Chihuahua	0.5698	0.6241	0.5721	0.5887
Nayarit	0.5590	0.6573	0.5440	0.5868
Yucatán	0.6045	0.5622	0.5688	0.5785
Puebla	0.5899	0.5928	0.5511	0.5779
Campeche	0.5754	0.6187	0.5361	0.5767
Quintana Roo	0.5607	0.5984	0.5619	0.5737
Durango	0.5953	0.5789	0.5417	0.5720
Querétaro	0.5786	0.5606	0.5767	0.5720
Tlaxcala	0.5797	0.5633	0.5696	0.5709
Sinaloa	0.5367	0.6278	0.5282	0.5642
Colima	0.5364	0.5820	0.5743	0.5642
Michoacán	0.5489	0.5783	0.5422	0.5565
Coahuila	0.5343	0.5494	0.5649	0.5495
San L Potosí	0.5718	0.5789	0.5150	0.5552
Guanajuato	0.5419	0.5322	0.5488	0.5410
B. C. Sur	0.4919	0.5829	0.5345	0.5364
Guerrero	0.5508	0.5719	0.4084	0.5104
México	0.4413	0.4734	0.4841	0.4663
Tamaulipas	0.3573	0.4654	0.3834	0.4020
Aguascalientes	0.3945	0.3486	0.4488	0.3973
Sonora	0.3692	0.4060	0.4065	0.3939
Jalisco	0.3606	0.3842	0.4203	0.3884
Tabasco	0.3313	0.4007	0.3270	0.3530
Veracruz	0.3248	0.3968	0.3044	0.3120
D. Federal	0.1982	0.0472	0.3127	0.1860

RS: Resultados de Salud

AS: Acceso a Servicios de Salud

CV: Condiciones de Vida

DRG: Desigualdad relativa global

4.4 Indicadores asociados al comportamiento de las desigualdades.

De acuerdo con el modelo del INIQUIS obtenido para 1995, los indicadores incluidos referentes a las condiciones de vida, en este caso el índice de marginación social (IMG) y la proporción de población mayor de 15 años alfabeta (PA15), fueron consistentemente seleccionados para cada una de las dimensiones de las desigualdades de salud analizadas ese año. Este hallazgo, parece indicar que son las condiciones de vida las que están influenciando más o definiendo incluso en tal caso, la existencia de desigualdad relativa global de salud para ese mismo año (Cuadro 36).

CUADRO 36. INDICADORES SELECCIONADOS POR EL MODELO INIQUIS 1995 Y 2002 PARA CONDICIONES DE VIDA Y CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DE LAS DESIGUALDADES DE SALUD.

Desigualdad en Salud	Indicadores seleccionados	
	Modelo INIQUIS 1995	Modelo INIQUIS 2002
Condiciones de vida	PSS, CV1a, GTSp, PA15, IMG	CV1a, MdxH, GTSp, PA15, IMG
Resultados finales de Salud	CV1a, GPpS, PA15, IMG, EVN	CV1a, MdxH, GPpS, PA15, IMG, EVN
Accesos a los servicios de salud	TMM, GPpS, PA15, IMG, CCxH, PAPA	ITBp, CcxH, GPpS, PA15, IMG, PAPA

TMM: Tasa de mortalidad materna
 ITBp: Incidencia acumulada de TB pulmonar en > 15 años
 PSS: Porcentaje de población con derecho a la seguridad social
 PAPA: Porcentaje de partos atendidos por personal adiestrado
 CV1a: Porcentaje de niños de 1 año vacunados con esquema completo
 MdxH: Número de médicos por habitantes
 CcxH: Número de camas censables por habitantes
 GPpS: Gasto público en salud *per cápita*
 GTSp: Gasto total en salud como porcentaje del PIB
 PA15: Porcentaje de población > 15 años alfabeto
 IMG: Índice de marginación social

Sobre condiciones de vida, el modelo INIQUIS elaborado para 1995 seleccionó además de IMG y la PA15, tres indicadores de los servicios de salud: la proporción de población con derecho a la seguridad social (PSS), el gasto total en salud como porcentaje del PIB (GTSp) y la proporción de niños de 1 año de edad vacunación con esquema completo (CV1a). En consecuencia, es posible considerar que tales indicadores son los que mejor explican el comportamiento de las desigualdades de las condiciones de vida observadas entre las Entidades Federativas del país para ese año.

Al hacer el análisis por dimensiones, se pudo observar que para la dimensión de resultados de salud el gasto público en salud *per cápita* (GPSp) y la proporción de niños de 1 año de edad vacunación con esquema completo (CV1a), ambos pertenecientes a los servicios de salud, fueron seleccionados por el modelo INIQUIS para 1995. Estos indicadores, unidos a los mencionados sobre condiciones de vida son los indicadores que parecen mejor explicar el comportamiento de las desigualdades existentes en los resultados de salud para ese año. En cuanto a la dimensión de servicios de salud, el modelo INIQUIS para 1995 mostró que además del IMG, la PA15 y el GPSp, otros indicadores incluidos fueron la tasa de mortalidad materna (TMM) y el índice de camas censables por 1,000 habitantes (CCxH). En este sentido, pareciera sugerirse que las desigualdades en el acceso a los servicios de salud estuvieron influenciadas principalmente por la combinación de indicadores pertenecientes a los propios servicios de salud y de las condiciones de vida. Para el año 2002, los resultados del modelo INIQUIS no son muy diferentes a los descritos para 1995. Los indicadores sobre condiciones de vidas (IMG y PA15) incluidos en el análisis continuaron siendo seleccionados por el modelo del INIQUIS, lo que indica que para poco menos de diez años después parecen seguir teniendo el mayor peso las condiciones de vida sobre las desigualdades de salud (Cuadro 36).

Este mismo análisis aplicado a las condiciones de vida mostró que los mismos indicadores que el modelo INIQUIS incluyó en 1995, fueron nuevamente seleccionados por dicho modelo en 2002, a excepción del índice de médicos por cada 1,000 habitantes que estuvo ausente para 1995.

Como ocurrió en 1995, en 2002, los indicadores del tipo del IMG y PA15, junto al gasto público en salud *per cápita* (GPSp) y proporción de niños de 1 año de edad vacunación con esquema completo (CV1a) son los que mejor definen la existencia de desigualdades en los resultados de salud. La diferencia de ambos modelos del INIQUIS para 1995 y 2002 radica en que para el 2002 se agrega un indicador de servicios de salud (índice de médicos por cada 1,000 habitantes (MdxH)) y un indicador de los resultados de salud (incidencia acumulada de tuberculosis pulmonar en mayores de 15 años de edad) al grupo de indicadores que mejor parecen explicar el comportamiento de las desigualdades en esta dimensión ese año. En cuanto a la

dimensión de servicios de salud, las desigualdades en el acceso presentadas en 2002 parecen estar influidas por los mismos indicadores incluidos en el análisis del INIQUIS para 1995. En esta dimensión también la combinación de los indicadores propios de los servicios y los pertenecientes a las condiciones de vida son los que están predominando en la explicación de las desigualdades de acceso a los servicios existentes en 2002.

Análisis de los indicadores del modelo INIQUIS 2002-Reforma

Los resultados obtenidos del INIQUIS para el modelo que incluyó los indicadores que dan cuenta de las “intervenciones de reforma” desarrolladas entre 1995 y 2002, muestran que las desigualdades relativas globales de salud existentes en 2002 están principalmente relacionadas con los procesos de descentralización y los cambios en los esquemas de asignación, distribución y gasto del financiamiento en salud ocurridos en las Entidades Federativas del país en esos años, dejando en un segundo plano la ampliación de cobertura de los servicios de salud a través del PBSS dirigida a la población sin acceso a dichos servicios.

El análisis para cada una de las dimensiones de las desigualdades en salud mostró que, con base en el INIQUIS 2002-Reforma, los indicadores seleccionados por el modelo fueron los que dan cuenta de la estrategia de descentralización, en este caso, el número de años en el proceso de descentralización (TDSS) y número de años de instalados y operando los OPS de los servicios de salud (TOPD), y los indicadores relacionados al financiamiento y gasto en salud, en este caso, los montos financieros aportados por los Servicios Estatales (AES) y por la Federación (AFS) a la salud. En ese sentido, estos indicadores son consistentemente incluidos en el modelo INIQUIS 2002-Reforma para la dimensión de los resultados de salud, donde también fue seleccionado el relacionado con la proporción de niños de 1 año de edad vacunación con esquema completo (CV1a); para las dimensiones de acceso a los servicios de salud y de condiciones de vida, en la cual también se unen además de la CV1a, los indicadores del tipo índice de marginación social (IMG) y la proporción de población mayor de 15 años alfabeta (PA15). Precisamente, al

observar que estos dos últimos indicadores fueron seleccionados por el modelo INIQUIS 2002-Reforma tanto en la dimensión de servicios de salud como en la de condiciones de vida, pareciera posible pensar que las desigualdades en estas dos dimensiones están siendo mejor explicadas, además de por los procesos de reforma ya mencionados, por las condiciones sociales y económicas que se reflejan a través del IMG y la PA15 (Cuadro 37).

CUADRO 37. INDICADORES SELECCIONADOS POR EL MODELO INIQUIS 1995 Y 2002-REFORMA PARA CONDICIONES DE VIDA Y CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DE LAS DESIGUALDADES DE SALUD.

Desigualdad en Salud	Indicadores seleccionados	
	Modelo INIQUIS 1995	Modelo INIQUIS 2002-Reforma
Condiciones de vida	PSS, CV1a, GTSp, PA15, IMG	CV1a, PA15, IMG, TDSS, TOPD, AES, AFS
Resultados finales de Salud	CV1a, GPpS, PA15, IMG, EVN	EVN, CV1a, TDSS, TOPD, AES, AFS
Accesos a los servicios de salud	TMM, GPpS, PA15, IMG, CCxH, PAPA	ITBp, PAPA, TDSS, TOPD, AES, AFS

TMM: Tasa de mortalidad materna
 EVN: Esperanza de vida al nacer
 ITBp: Incidencia acumulada de TB pulmonar en > 15 años
 PSS: % de población con derecho a la seguridad social
 PAPA: % de partos atendidos por personal adiestrado
 CV1a: % de niños de 1a vacunados con esquema completo
 CcxH: Número de camas censables por habitantes
 GPpS: Gasto público en salud *per cápita*
 GTSp: Gasto total en salud como porcentaje del PIB
 PA15: % de población > 15 años alfabeto
 IMG: Índice de marginación social
 TDSS: Número de años en la descentralización de los SS
 TOPD: Número de años de instalados los OPD
 AES: Porcentaje de aportación financiera estatal en salud
 AFS: Porcentaje de aportación financiera federal en salud

4.5 Las desigualdades en salud que constituyen inequidades.

El análisis de las desigualdades de salud partió del principio de que aquellas interesan en la medida que se reconocen como inequidades. En otras palabras, cuando los grupos bajo estudio, en este caso las Entidades Federativas, mostraron diferencias evitables, inaceptables e injustas respecto a la distribución de los resultados finales de salud, el acceso a los servicios y de las condiciones de vida entre 1995 y 2002 y considerando el contexto social en que éstas tuvieron lugar, así como sus determinantes políticos, económicos, sociales y culturales.

Bajo esta presunción, la aplicación de los criterios valorativos para el análisis de las desigualdades-inequidades fueron guiados por dos consideraciones: Una, derivada del reconocimiento de los postulados de la llamada “antítesis radical” que considera que las causas de las desigualdades sociales se ubican en la naturaleza de las formas de producción y su lógica distributiva injusta (López-Arellano, 2004). Desde esta perspectiva se asumió entonces, que las desigualdades en salud estarían determinadas en gran parte por aquellas desigualdades sociales que son resultado de las formas de producción y de apropiación de recursos, así como, de los sistemas de relaciones de poder que se establecen entre los grupos de población. Y dos, el reconocimiento de la visión igualitarista de la justicia social que se interesa por los procesos distributivos, pero más que en un sentido de realizaciones fundamentales según Fleurbaey (Porto, 2002 en Spinelli, 2004), o de los bienes primarios y por imparcialidad de acuerdo con Rawls (Spinelli, 2004), o de igualdad de oportunidades según Daniels (1985) (Daniels, 1985 citado por Alvarez, 2005) o incluso, en término de los recursos generales de la sociedad y la libertad de cómo usarlos como diaria Dworkin (Dworkin, 1993 en López-Arellano, 2004); en el sentido de las capacidades básicas, que implica la garantía de un umbral determinado de satisfactores esenciales universales, como defiende Amartya Sen (1992) que son responsabilidad social y pueden evitarse (Spinelli, 2004). De esta forma, la especificación del principio de justicia distributiva permitió separar las desigualdades de las inequidades, realizando entonces, el conjunto de desigualdades referentes a la asistencia sanitaria (servicios de salud) y los resultados finales de salud, los cuales se consideran injustas y por consiguiente evitables y por lo tanto susceptibles de ser resueltas con intervenciones a través de las políticas sociales, en este caso, las de salud (Whitehead, 1992).

Por otro lado, la determinación de evitable, inaceptable e injusto de las situaciones de desigualdades en salud encontradas entre las Entidades Federativas, trataron de ser juzgadas en el contexto más amplio de lo social, permitiendo que los principios éticos, políticos-ideológicos y morales fuesen reconocidos desde una visión histórico-social específicamente determinada. En ese sentido, se intentaron identificar los principios diferenciales que determinan las desigualdades en los resultados de salud

independientemente de las desigualdades en el acceso a servicios de salud. Esto porque dichos determinantes para el caso de enfermar o morir son distintos de los relacionados con el consumo de servicios de salud (Almeida, 2005). En otras palabras, como diría Travassos, no es posible olvidar que las inequidades en salud reflejan de manera dominante las desigualdades sociales, y en función de la relativa efectividad de las acciones de salud, la equidad en el uso de los servicios, es condición importante pero no suficiente, para disminuir las desigualdades en el enfermar o morir existente entre los grupos sociales (Travassos, 1992 en Almeida, 2005).

Comparación de indicadores seleccionados con estándares internacionales.

Tomando con cuenta lo anteriormente descrito, a continuación se presentan las diferencias encontradas entre los indicadores de salud seleccionados en los Estados con niveles más elevados de desigualdad relativa global de salud según el INIQUIS promedio obtenido por el modelo 2002-Reforma (INIQUIS < 0.50), al compararlos con los indicadores seleccionados como estándar internacional, en este caso, los expresados como promedio de todos los países de América Latina según la OPS para 2002 (Cuadro 38).

Respecto a la incidencia acumulada de TB pulmonar en > 15 años (ITBp) y el porcentaje de partos atendidos por personal adiestrado (PAPA), la situación es un poco distinta si comparamos este indicador para cada Entidad Federativa con el estándar internacional y el promedio nacional obtenido. Por un lado, para el primer caso, 16 Estados (50.0%) presentan cifras superiores a las reportadas como promedio para América Latina por la OPS y a la reportada como promedio nacional en 2002, recayendo las principales diferencias en los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Jalisco, al duplicar el valor del indicador de referencia nacional. Con base a este hallazgo se puede inferir como los estados mencionados lideran los niveles de inequidad en los resultados de salud, en este caso referido a la incidencia acumulada de tuberculosis pulmonar en mayores de 15 años. En relación al segundo indicador, el valor promedio nacional registrado para el porcentaje de partos atendidos por

personal adiestrado (PAPA) se presenta muy por debajo del estándar promedio informado por la OPS. El 68.2% (22) de las Entidades Federativas presentan valores por debajo del referente internacional y 9 Estados (Chiapas, Baja California, Chihuahua, Tlaxcala, Sinaloa, Colima, Guerrero, Estado de México y Veracruz) tienen valores por debajo del promedio nacional reportado (Cuadro 38). Esta última observación denota la inequidad en el acceso a los servicios de salud que viven estos estados respecto al resto, así como respecto al conjunto de países de la región América Latina.

CUADRO 38. INDICADORES SELECCIONADOS POR EL MODELO INIQUIS 2002-REFORMA Y LOS REFERENTES NACIONAL (PROMEDIO NACIONAL) E INTERNACIONAL DE LA OPS PARA AMÉRICA LATINA.

Entidad Federativa	INIQUIS*	Indicadores seleccionados									
		EVN	CvIa	ITBp	PAPA	TDSS	TOPD	AES	AFS	PAI5	IMG
Estándar (OPS)		72.60	89.80	22.20	88.10					60.60	
Nacional		75.95	94.32	21.00	71.50	4.7	6.3	298.8	1,459.0	90.30	
Chiapas	0.6981	73.18	94.22	43.25	50.40	4.0	6.0	207.9	2,602.7	76.40	2.25073
Chihuahua	0.6417	75.06	98.96	6.65	82.50	4.0	6.0	38.8	846.2	91.70	0.29837
Coahuila	0.6375	74.85	99.36	17.06	76.40	4.0	6.0	50.1	1,594.1	84.70	0.87701
Baja California	0.6159	73.25	97.17	20.52	57.50	5.0	6.0	119.2	2,353.5	78.20	2.07869
Morelos	0.6015	74.98	96.48	12.87	85.00	5.0	6.0	63.7	1,003.1	87.40	0.38133
Oaxaca	0.5914	76.88	91.93	58.03	79.50	4.0	7.0	8.8	888.5	96.00	-1.26849
Nuevo León	0.5888	75.46	95.82	19.99	89.10	5.0	6.0	19.8	973.2	95.00	-0.11390
Chihuahua	0.5887	74.76	95.56	10.65	54.50	5.0	6.0	188.4	1,784.4	85.30	0.72048
Yucatán	0.5868	76.02	96.50	7.45	82.96	5.0	6.0	41.5	572.0	92.00	-0.18493
Yucatán	0.5785	75.86	96.96	13.17	90.70	5.0	6.0	36.8	784.9	89.70	-0.10726
Puebla	0.5779	75.34	100.0	22.47	77.70	5.0	6.0	78.0	602.7	88.40	0.70170
Campeche	0.5767	74.88	99.52	17.81	78.20	5.0	6.0	230.0	1,132.4	88.80	0.72114
Quintana Roo	0.5737	76.34	94.22	24.31	72.40	3.0	7.0	29.1	1,133.5	95.10	-0.78007
Durango	0.5720	76.24	97.70	20.90	85.20	5.0	6.0	72.0	576.8	92.70	-0.35917
Querétaro	0.5720	75.82	99.95	38.70	83.60	5.0	6.0	60.0	613.9	90.90	0.05813
Tlaxcala	0.5709	76.42	97.13	13.52	36.20	5.0	6.0	91.8	762.6	90.40	-0.35571
Sinaloa	0.5642	75.40	98.25	10.37	61.90	5.0	6.0	110.4	1,857.1	85.90	0.44913
Colima	0.5642	75.69	96.06	4.78	69.10	5.0	6.0	464.4	1,555.4	87.40	0.07966
Michoacán	0.5565	77.29	92.63	37.06	79.10	5.0	6.0	146.2	1,189.7	96.60	-1.39258
Coahuila	0.5495	76.00	99.01	32.44	77.80	5.0	6.0	214.3	1,088.0	92.10	-0.09957
Zan L Potosí	0.5552	76.90	98.78	23.28	99.70	5.0	6.0	18.0	407.2	76.40	-0.68709
Guanajuato	0.5410	76.75	97.29	24.35	97.50	5.0	6.0	102.7	889.7	95.90	-1.20202
Q. C. Sur	0.5364	76.84	98.90	31.63	90.83	5.0	6.0	18.6	346.8	95.80	-0.80173
Guerrero	0.5104	73.98	94.82	50.94	47.10	5.0	7.0	17.7	2,027.4	78.80	2.11781
México	0.4663	76.88	88.83	6.03	47.20	5.0	6.0	104.1	6,245.9	93.40	-0.60460
Tamaulipas	0.4020	76.90	94.43	7.25	98.90	5.0	7.0	88.1	530.5	94.80	-0.97340
Aguascalientes	0.3973	76.64	94.62	30.90	94.90	5.0	7.0	381.0	1,092.7	95.40	-0.75590
Sonora	0.3939	76.84	91.57	11.46	67.40	4.0	7.0	1,485.7	2,540.2	93.30	-0.76076
Jalisco	0.3884	76.13	99.06	46.91	93.00	5.0	7.0	198.0	1,390.1	94.60	-0.69053
Tabasco	0.3530	75.60	99.21	31.84	80.80	5.0	7.0	1,108.6	1,023.4	89.80	0.65540
Veracruz	0.3420	74.63	98.23	35.74	65.70	5.0	7.0	998.3	3,006.6	84.50	1.27756
Federal	0.1860	77.72	77.68	8.87	99.01	5.0	7.0	2,771.1	5,130.5	96.90	-1.52944

* Valores promedios del INIQUIS 2002 calculados con base en el modelo del INIQUIS 2002-Reforma para cada dimensión de la desigualdad relativa global

EVN Esperanza de vida al nacer

ITBp. Incidencia acumulada de TB pulmonar en > 15 años

PAPA: % de partos atendidos por personal adiestrado

CVIa: % de niños de la vacunados con esquema completo

TDSS. Número de años en la descentralización de los SS

AES: Porcentaje de aportación financiera estatal en salud

AFS: Porcentaje de aportación financiera federal en salud

TOPD: Número de años de instalados los OPD

PA15: % de población > 15 años alfabeto
IMG: Índice de marginación social

En cuanto a los indicadores que dan cuenta de los procesos de reforma como fue la descentralización de los servicios de salud, 5 Estados (15.6%) presentan valores por debajo del promedio nacional para el indicador definido como el número de años en la descentralización de los servicios de salud (TDSS); mientras que 22 Estados (68.2%) mostraron valores por debajo del promedio nacional observado para el indicador número de años de instalados los Órganos de Públicos Descentralizados (TDPD) de los servicios de salud estatales. Este hallazgo nos ayuda a ver lo diferente y controversial que resultó la conceptualización, aplicación y desarrollo del proceso de descentralización entre los Estados del país, sin dejar de reconocer el papel que seguramente jugaron los factores estructurales y de los propios servicios de salud, pero sí señalando el influyente peso de este proceso sobre el acceso mismo a los servicios de salud y a los resultados finales de salud.

Por otro lado, solo 5 estados (Colima, Sonora, Tabasco, Veracruz y Distrito Federal) presentaron valores por encima del promedio nacional para el porcentaje de aportación financiera estatal en salud (AES), lo que significó que el 84.3% de los Estados no superaron en el 2002 los 298.8 miles de dólares de la aportación estatal a los servicios de salud, dejando ver la inequidad existente en cuanto al financiamiento y gasto entre todos ellos. Algo similar se observa al comparar el indicador del Porcentaje de aportación financiera federal en salud (AFS), 22 Estados (68.7%) recibieron una aportación federal por debajo del promedio nacional informado para 2002, destacando particularmente la inequidad financiera entre los 13 Estados cuyos valores de financiamiento asignados estaba por debajo de un millón de dólares.

Por su parte, el porcentaje de población alfabeto mayor de 15 años de edad (PA15) evidenció un promedio nacional muy superior al reportado por la OPS para América Latina en 2002. Sin embargo, este promedio nacional no lo alcanzan 13 (40.6%) Estados del país al mostrar que la proporción de la población mayor de 15 años alfabetizada no rebasa el 90%. Los estados con inequidades más marcadas fueron

Guerrero, San Luis Potosí, Baja California y Chiapas al mostrar porcentajes por debajo del 80%. Son estos mismos estados lo que también muestran índices de marginación social más elevados, lo que traduce el nivel de desigualdad social en que viven sus poblaciones respecto al resto de las entidades del país para 2002.

Estas observaciones nos hacen pensar que las condiciones estructurales ligadas a la situación socioeconómicas continúan siendo las determinantes en los niveles de desigualdad-inequidad en que vive la mayor parte de la población y que las estrategias de reforma que tienen que ver con el proceso de descentralización y los esquemas de asignación y gasto de financiamiento en salud, al mostrar tales diferencias entre los Estados, incidieron también en el nivel de desigualdad-inequidad de salud observado en 2002.

Valoración ética y de justicia de las desigualdades de salud observadas.

Como se ha expresado, para la valoración ética y de justicia de las desigualdades de salud evidenciadas por la investigación, más que habernos adentrado en la teoría de la justicia sanitaria de tipo neoliberal-utilitarista, se partió del reconocimiento explícito del paradigma del derecho a la salud y su fundamentación moral. La aplicación de esto último a los resultados de la investigación en términos de desigualdades relativas globales de salud de los Estados y sus especificidades para cada una de las dimensiones de las desigualdades-inequidades exploradas, se enfoca principalmente en los principios de la teoría igualitaria de los procesos distributivos aplicado a la fundamentación moral de los derechos sociales, en este caso el derecho a la salud.

Desde esta perspectiva se asumió que la satisfacción de las necesidades de salud, las condiciones sanitarias y de trabajo, el acceso universal a los servicios de soporte y apoyo para el cuidado de la salud, en especial los relacionados con la promoción de la salud, la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad y el deterioro de la salud, son derechos morales del ser humano y valen en virtud de la pertenencia a una determinada comunidad de los hombres. En otras palabras son derechos universales (Gosepath, 2001 citado por Álvarez, 2005). De esta manera, el

derecho a la salud como derecho humano se basa en la moral igualitaria de respeto igual, que también significa igual dignidad para todos los hombres y es el principio rector que debieran seguir todas las corrientes de pensamiento moderno que propongan igualdad en algún sentido para todos, de manera que tengan una mínima aceptación moral (Álvarez, 2005). Tomando en cuenta estas argumentaciones y con base en los datos que revela el estudio, no es posible sustentar que el fundamento del derecho a la salud como derecho social entre los Estados del país se hubiese presentado en 2002 con base en la distribución igualitaria de todos los bienes sociales y de salud disponibles, como se podría haber explicado con fundamentos razonables y universales el diferencial desigual de distribución de salud existente entre los estados que integran la Federación. En otras palabras, desde esta perspectiva, las diferencias y niveles de desigualdad relativa de salud de esos años deben ser consideradas como inequidades en salud.

Por otro lado, las desigualdades de salud que muestran las Entidades Federativas del país para el año 2002, parten de la desigual distribución de las condiciones de morbilidad y mortalidad, el acceso a los servicios de salud y el gasto social del sector salud. Estos tres aspectos fueron observados al comparar los niveles de desigualdad relativa global de salud, así como los indicadores específicos para cada una de las dimensiones analizadas en la investigación entre diferentes Estados del país. Un ejemplo contrastante deriva de la comparación entre el estado de Chiapas y el Distrito Federal, o del estado de Hidalgo y el estado de Jalisco, en cualquier caso los niveles de desigualdad relativa global de salud son enormes, así como significativos son las diferencias en los indicadores de la esperanza de vida al nacer, la mortalidad infantil, la incidencia de tuberculosis pulmonar, pero también en la proporción de partos atendidos por personal adiestrado, la cobertura de aseguramiento social en salud, el porcentaje de aportación estatal y federal al financiamiento de la salud, el gasto en salud y el nivel de marginación social de su población. Esta desigual distribución en el riesgo de enfermar o de morir, en el acceso y utilización de los recursos disponibles y en el limitado funcionamiento de los servicios de salud explican las crecientes, innecesarias, evitables e injustas diferencias en la situación de salud entre Estados, como también se pudo observar entre el resto de los

Estados del país. En este sentido, también desde esta perspectiva teórica conceptual hubo una marcada inequidad tanto en los resultados finales de salud como en el acceso a los servicios destinados a atender la salud.

La inequidad de salud observada entre las entidades federativas también está vinculada a procesos económicos-sociales y en especial con el nivel de ingreso de la población. Esta afirmación se sustenta al ver que los estados como Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Michoacán, no solo mostraron las coberturas más bajas de seguridad social y de ingreso anual *per cápita*, sino también los más altos niveles de marginación social y de población adulta analfabeta; en comparación de los estados del norte del país (Nuevo León, Chihuahua, Coahuila, Sonora) y el Distrito Federal, cuyos ingresos anuales *per cápita*, el gasto en salud como porcentaje del PIB y las coberturas de seguridad social son las más elevadas del país, mientras que en contraste los índices de marginación social son los más bajos. En otras palabras, desde la perspectiva que fundamenta el anclaje teórico de la investigación, la inequidad en las condiciones de vida es de igual forma irrefutable.

Otra evidencia se observa al examinar entre los estados del país las tasas de mortalidad infantil y materna, así como la incidencia de tuberculosis pulmonar o de mortalidad por enfermedades infecciosas por señalar algunos ejemplos. Aquí también los estados más pobres, es decir los de más altos índices de marginación, más bajas proporciones de población alfabetizada, los de más bajo gasto público en salud *per cápita* como es el caso de varios estados ubicados en la región central y sur del país, muestran a su vez, las mayores limitaciones en el acceso y uso de los servicios de salud, especialmente en lo relacionado con el índice de médicos y de camas censables por habitantes, el promedio de consultas prenatales por embarazadas, los porcentajes de población atendidas por primera vez en los servicios de salud primarios, las proporciones de mujeres en edad fértil que usan métodos anticonceptivos, y las coberturas de vacunación en niños de un año de edad, aún cuando estas son altas respecto al promedio nacional, en comparación con muchas de las entidades federativas que forman parte del país.

Con esta evidencia, no es impensable que el telón de fondo de este panorama lo constituya una desigual distribución de la riqueza por ingresos y rentas, un sistema de prestación de servicios excluyente que históricamente ha sido incapaz de integrar al conjunto de la población y por supuesto, la innegable forma diferencial en que los sistemas de relaciones de poder se establecen entre los grupos de población, sino baste considerar la hegemonía ejercida por el neoliberalismo, en este caso mexicano, durante las últimas dos décadas gracias a la capacidad coercitiva de sus beneficiarios y agentes, entre los que se destacan las aseguradoras privadas, el Banco Mundial y sus políticas de libre mercado en salud y los grupos de intelectuales y funcionarios constituidos en fuertes grupos de poder que abrazan la enfoque neoliberal acompañado de la herramienta utilitarista (Bobbio, citado por Almeida, 2002) dando forma a la aplicación concreta de la teoría sanitaria neoliberal-utilitarista de la justicia social (Álvarez, 2005).

En síntesis, la diferenciación con dimensionalidad en la esfera poblacional expresada en indicadores al decir de Almeida-Philo (1999b), denuncian las desigualdades sistemáticas, innecesarias y evitables en el seno de poblaciones humanas respecto a la situación de salud, mostrándolas como verdaderas inequidades, al ser también desleales, vergonzosas e injustas, resultantes de las injusticia social. Esta falta de equidad, es decir, la falta de garantizar el bien social común instituye la inviabilidad de un reparto humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar a cada quien según su capacidad como sostuviera Breilh (2003). Por lo tanto, podría argumentarse que la desigualdad relativa global de salud evidenciada en el análisis, así como las desigualdades relativas específicas de los resultados de salud, el acceso a los servicio y condiciones de vida entre las Entidades Federativas del país en el período 1995-2002, se deben en lo fundamental a:

- a. Una exposición diferencial a las condiciones de vida, si observamos el rol determinante que sobre las desigualdades encontradas, juegan los factores del ambiente económico, social y físico, medido a través del índice de marginación social, en que viven las poblaciones de unos Estados respecto a otros.

- b. La limitación en el alcance del mínimo decente, el patrón básico de salud al que toda la población de cualquier Estado del país deben tener acceso, si se tiene en cuenta las abismales diferencias en el riesgo de enfermar y morir de la población, aunado al bajo nivel de ingreso anual *per cápita* para alcanzar satisfactores individuales y de gasto público en salud para lograr mejores niveles de salud colectivos. En otras palabras, inequidad en los resultados de salud entre los distintos individuos con diferentes condiciones de vida, lo que significa que tengan una diferente situación de salud.
- c. Una restricción inadecuada al acceso a los servicios de salud y otros servicios básicos de unos Estados en comparación con otros, al estar sus causas relacionadas con las condiciones diferenciales de trabajo de la población y de bajo aseguramiento en salud, la poca disponibilidad real de recursos materiales y financieros para operar los servicios de salud y en consecuencia los bajos niveles de utilización de dichos servicios por parte de la población mas pobre o marginada. En otras palabras, la persistencia injusta de las desigualdades en el acceso a los servicios disponibles, la continua, creciente e inaceptable desigualdad en las necesidades de atención, o lo que es peor aún, agravada por la desigualdad de utilización y distribución de los recursos de los servicios entre los individuos que los requieren de un Estados respecto a otros en el mismo país.
- d. A los diferenciales procesos de organización y gestión de los propios servicios de salud de unos Estados respecto a otros, donde la supuesta autonomía de su descentralización está severamente restringida, derivando directamente en modalidades de adquisición, asignación o redistribución estatal y federal de financiamientos, y mas aún, de estrategias inadecuadas de ampliación de la cobertura de los servicios de salud cuyos resultados evidentemente no impactaron positivamente en el logro de la equidad en salud de las poblaciones a quienes estuvieron orientadas.

Capítulo 5.

Discusión de los resultados de la investigación.

Cualquier análisis actual sobre lo concerniente a la salud, por lo menos en América Latina, está ligado a dos conceptos principales: desigualdad-inequidad y reforma sanitaria. Por un lado, la equidad en salud, se ha planteado como el concepto más importante para orientar las políticas de salud de los últimos años, de ahí, que no se encuentre un documento o pronunciamiento que no lo tome en cuenta como categoría central, aún cuando sea discutible si su contenido corresponde con el mismo (Spinelli, 2004). Y por el otro, el posicionamiento de la reformas del sector salud ha sido la premisa central de las últimas décadas en la agenda política de los países de la región (Almeida, 2005). Ambos aspectos denotan la gran relevancia de poder enriquecer el arsenal empírico que sustenta la posible relación reforma sanitaria – equidad en salud, sobre todo, si se tiene en cuenta que en el discurso el principio orientador de dichas reformas de los sistemas de salud se basó en la superación de las desigualdades y el alcance de la equidad.

Lamentablemente, la evidencia disponible no confirma el ansiado logro de la equidad en salud (Almeida, 2005). Las disparidades, desigualdades e inequidades de carácter económico y social con alcances muy claros sobre las condiciones de vida, trabajo y salud entre los grupos poblacionales que difieren a su vez por su origen étnico, género y situación geográfica siguen siendo cada vez más marcadas (Casas-Zamora, 2002). Los hallazgos del presente estudio también apuntan a reforzar esta idea. Ni los niveles de desigualdad-inequidad, por lo menos en México, han mejorado significativamente, ni al parecer el impacto de la reforma sobre la reducción de las desigualdades en salud y sobre el logro de la equidad en salud ha tenido el éxito esperado.

A pesar de las complejidades que encierra la idea de abordar el estudio de la equidad en salud y su relación con la reforma sanitaria, especialmente por las múltiples dimensiones de la primera y las variadas facetas de la segunda, es imperativo poder contar con evidencia empírica que ayude a establecer, sino por lo menos a cuestionar, ¿por qué a pesar de las estrategias desarrolladas en materia de

transformaciones sociales, del Estado y por consecuencia de salud, continúan observándose resultados que distan mucho de las metas y objetivos que se han propuesto en materia de equidad?. La respuesta a esta pregunta puede tener muchas alternativas, pero es en el análisis cuidadoso de los aspectos que tienen que ver con el contexto social, económico, demográfico, político y de las condiciones de vida, así como en el entendimiento de las relaciones de éstos con las condiciones de salud y los sistemas de atención donde se pueden encontrar las mejores respuestas.

Desde esta perspectiva, interesa discutir dos planteamientos. Uno relacionado con el comportamiento de las desigualdades que constituyen inequidades en los resultados de salud, acceso a servicios de salud y en las condiciones de vida entre los grupos de población divididos con base a la estructura geopolítica del país, con la intención de destacar las diferencias altamente significativas en los niveles de desigualdad-inequidad presentes en los Estados del sur y centro del país en comparación con los Estados de norte de México. El otro planteamiento es en término de los pocos efectos positivos que sobre el mejoramiento de la situación de desigualdad-inequidad en salud han tenido las intervenciones que dan forma a las principales estrategias de reforma del Programa del Sector Salud 1995-2002.

Para esta incursión, primero discutiremos sobre el contexto social, económico, político y demográfico que da abrigo y define el panorama de las condiciones de vida y al sistema de salud al cierre de los primeros años de la actual década. Posteriormente, nos adentraremos en la discusión de un grupo de hechos sobre el estado de salud entendido como resultados finales y como acceso al sistema de servicios de salud. En una última parte, abordaremos las desigualdades relativas de salud que constituyen inequidades sobre las cuales la reforma del sector salud no parece haber tenido el éxito esperado.

5.1 Características del contexto y el sistema de servicios de salud.

En el caso de México, durante las últimas tres décadas se han aplicado una serie de políticas económicas de corte neoliberal centradas en las medidas de ajuste estructural, la apertura comercial y la regulación económica a través del libre

mercado (López-Arellano, 1993; Laurell, 1997 y 2001; Leal, 2000). La aplicación de estas medidas económicas han repercutido en el estado de salud de la población, por un lado, en el deterioro de las condiciones de vida, situación que a su vez se refleja en la disminución de sus niveles de salud, y por otro, en la reducción del gasto público en materia social, y especialmente en salud (Cerdeña, 2005) a pesar de reportarse cifras que indican un cierto incremento en los últimos años, pero que de todas formas no se corresponden con los altos índices de desigualdad social que predominan en el país como lo apuntan los resultados de esta investigación.

Desde un punto de vista más amplio, las caras más visibles de las sucesivas crisis y el ajuste estructural neoliberal que caracteriza al México de las últimas décadas, son el empobrecimiento generalizado y el crecimiento de la violencia en todas sus formas (Laurell, 2001). En lo económico, son palpables las incontables transformaciones en la oleada de las privatizaciones, el establecimiento hegemónico del mercado, la inusitada invasión extranjera; en lo social, el énfasis se ha hecho en las transformaciones en las instituciones de bienestar, el detrimento de los derechos a la educación, a la salud, a la seguridad social y a la vivienda (Cerdeña, 2005). En consecuencia, se ha venido estableciendo una política de Estado orientada a la reducción de los servicios y de los beneficios sociales para la gran mayoría, justo cuando desde hace algunos años la caída del ingreso y del empleo formal ha sido indetenible (Laurell, 2001 y Leal, 2000).

Una mirada somera al contexto económico reveló que México al cierre del 2002 se ubicaba en los niveles medios con respecto a América Latina en cuanto al producto interno bruto *per cápita* (OCDE, 2005). Sin embargo, su distribución entre los Estados continuaba siendo marcadamente desigual como se demuestra en los resultados de nuestra investigación. Según datos de la OCDE (2005) para ese año, entre el 13 y 14 % de la población vivía con menos de un dólar por día y 46% con alrededor de dos dólares diarios. Esta distribución desigual del ingreso, *per cápita* como se pudo también evidenciar en los hallazgos de este estudio continuaba siendo de 4 a 6 veces menor en los Estados pobres del país, como el caso de Chiapas, Oaxaca o Guerrero en comparación al Distrito Federal, Nuevo León o Baja California.

Demográficamente, el panorama presente en la segunda mitad de los años noventa mostraba que la población de México ha continuado creciendo aunque a un menor ritmo, como lo reflejan las tasas de crecimiento natural de los últimos 15 años, sugiriendo la tendencia hacia un mayor control poblacional. La estructura poblacional continuó en esencia siendo joven, con reducciones discretas en la tasa de fecundidad, mortalidad general e infantil y con incrementos globales en la esperanza de vida al nacer (Gutiérrez, 1999; Ortiz y cols, 2002); tendencias, que de acuerdo a los resultados de nuestro estudio continúan al cierre del 2002. Por su parte la distribución de la población en el territorio nacional al inicio de la pasada década perpetuó el comportamiento heterogéneo y desigual íntimamente ligado a los niveles socioeconómicos y condiciones geográficas que han prevalecido en los últimos años. La concentración poblacional continuó presentándose en áreas urbanas de forma más o menos acelerada y desordenada, siendo las Entidades Federativas que ofrecen las mejores alternativas potenciales de desarrollo las que mostraban una mayor relación hacia metrópolis, centros de desarrollo nacional o del exterior. Al inicio de este siglo, más de las tres cuartas partes de la población vivían en zonas urbanas, concentrada principalmente en cuatro zonas metropolitanas; mientras que la otra cuarta parte albergaba a la población mayoritariamente rural e indígena con los más bajos niveles de educación, salud e ingreso (OCDE, 2005). Los flujos migratorios también continuaron teniendo cambios relevantes tanto en el volumen y dirección hacia ciertas áreas urbanas como en las características de los migrantes (Gutiérrez, 1999).

Esta polarización creciente del contexto social, económico y demográfico dominado por las desigualdades sociales y en las condiciones de vida, marcadamente diferente entre regiones del mismo país y sus grupos de población, también impactó en las instituciones de salud y seguridad social encargadas de proveer atención a la salud, y por lo tanto, éstas no podría estar ajenas a los cambios, transformaciones y tendencias que sufre la estructura socioeconómica del país, no solo por las implicaciones directas que estos cambios tienen sobre los perfiles epidemiológicos y de servicios de salud, sino por las nuevas necesidades de salud y bienestar de la población a las que el sistema de salud debería dar respuesta.

Finalmente, el panorama social y del sector salud en México, ha sido consecuencia directa del proyecto global de reorganización de la sociedad basado en el pensamiento económico neoclásico y la ideología neoliberal (Anderson, 1995 citado por Laurell, 2001). En esencia, ha sido el resultado de una nueva concepción que intenta institucionalizar al “mercado” como principal articulador de la sociedad, en donde el Estado es su garante, ya que se extingue su papel de propietario del bien común, la rectoría de la economía y el rol de proveedor del empleo, lo que ha derivado en un viraje sin precedentes de la política social (Laurell, 2001).

El sistema de servicios de salud y la concepción de reforma sanitaria.

En cuanto al sistema de prestación servicios de salud, fueron dos planteamientos principales de reforma en México, uno el compromiso de la reforma del sector salud a través de la puesta en marcha del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2002 y otro el desarrollo de la estrategia de reforma de la seguridad social, siendo su principal blanco el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Básicamente, el programa de reforma del sector salud puesto en marcha bajo la administración zedillista, es una continuación de la reforma iniciada en los años ochenta (López-Millán y cols., 2001). Este programa contenía los lineamientos para el cambio estructural en el sector salud y fue una copia bastante fiel de la propuesta del Banco Mundial (1993) denominada “Invertir en salud”. Esta estrategia tuvo como objetivo construir un sistema dual de servicios de salud con un componente guiado por la concepción de asistencia mínima de la población pobre y otro componente, regido por la lógica del mercado para la población con capacidad de pago, sea por vía del seguro obligatorio o del seguro comercial. Los elementos esenciales entonces del nuevo modelo fueron la introducción de mecanismos de mercado y la competencia entre el sector público y privado; la definición explícita de paquetes o planes de servicios y su costo; la “universalización” de la cobertura de los servicios con un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) definido en función de su costo-efectividad y un techo presupuestal bajo y rígido (Laurell, 2001). Todas estas incursiones encontraron su nicho natural con el proceso de descentralización de los

servicios de salud y los cambios en la asignación del financiamiento y gasto en salud a partir de la creación de los sistemas estatales de salud (López-Arellano, 1993 y 2001). En palabras sencillas, con este modelo las aspiraciones de la reforma fueron extender la cobertura a toda la población, incrementar la equidad, desvincular el acceso a los servicios de salud, enfrentar el problema de la transición epidemiológica, frenar la explosión de costos causada por éstas y el desarrollo tecnológico, e incrementar su eficiencia (SSA, 1995).

En cuanto a la transformación reformista de la seguridad social, ésta se inició antes de la presentación formal del programa (Laurell, 2001). Comenzó con la reforma a la Ley del Seguro Social, que pone las bases de mercantilización de los servicios y abre el acceso al sector privado a los fondos de salud, de la seguridad social y a sus hospitales de especialidad. En esencia, los cambios a dicha ley, puesta en vigor en 1997, fueron una nueva fórmula de cotización y una nueva modalidad de aseguramiento voluntario denominado “Seguro de Salud para las Familias”. El objetivo de esta iniciativa fue incorporar familias no aseguradas con poder de compra. A esto último, fue añadido el conocido proceso de reversión de cuotas de recuperación que ofreció la posibilidad de optar por un gestor de fondos y el prestador de servicios privados en sustitución del IMSS (Laurell, 2001; Leal, 2000; Gutiérrez, 1999). Si bien la idea de la reforma de la seguridad social pareció que convenció con sus aparentes bondades al presentarlas como una estrategia de reforma “revolucionaria”, la verdad parece ser que más bien traicionó los principios y los objetivos de la reforma, pues al decir de Laurell (2001) la agenda oculta de la reforma del IMSS recogida en el documento “México: Health System Reform (World Bank, 1998 citado por Laurel, 2001) fue la negociación de los “condicionantes” aceptadas por el gobierno de México respecto del IMSS para poder conseguir un préstamo ajustado de 700 millones de dólares del Banco Mundial. En lo fundamental esta “jugada” preconcebida se contrapuso con los propósitos de la reforma de financiar el seguro de salud y extenderlo a la población no asegurada (Laurell, 2001).

Ahora bien, con la implantación de los compromisos de la reforma descritos anteriormente, dos procesos encontraron su oportunidad natural de continuación y perpetuación, por ello, dominaron desde entonces al sector salud. Uno fue la

descentralización de los servicios que se había comenzado antes; y el otro, la mercantilización y privatización de dichos servicios bajo distintas modalidades y como resultado también de la política social neoliberal impulsada desde la década de los ochenta.

El primer proceso, comenzó a mediados de los ochentas, pero se interrumpió por graves problemas de operación y puesta de acuerdo (López-Arellano, 1993), fue retomado en 1996 y derivó en la constitución de los sistemas estatales de servicios de salud, sin que ello significara un verdadero cambio a la autogobernabilidad de las Entidades Federativas y de los municipios, más bien se trató de una descentralización administrativa al estilo neoliberal, donde el gobierno federal concentraba todas las decisiones importantes: fijaba el monto presupuestario transferido con aprobación del Congreso de la Unión, decidía el contenido de los programas a desarrollar, negociaba las condiciones generales de trabajo y salario con los sindicatos respectivos y determinaba el tamaño de la plantilla laboral.

El segundo proceso, buscaba fundamentalmente abrir un nuevo campo a la acumulación de capital, así entonces se acrecentó la estrategia de recuperación de cuotas por servicios de salud prestados, es decir, como si se tratase dicho servicio de una mercancía; se establecieron los sistemas de ahorro para el retiro, que significó la primera ruptura con la concepción constitucional de la seguridad social en México, al sustituir los fondos colectivos por fondos individuales y cambiar el régimen de administración pública por uno privado; y se institucionalizaron los seguros médicos privados y el crecimiento de los centros hospitalarios privados con el consiguiente incremento del gasto privado en salud, que por cierto, ha contado siempre con un cuantioso subsidio fiscal del Estado (Laurell, 1997 y 2001).

En consecuencia, las transformaciones sociales y de salud tras la puesta en marcha de la reforma social y sanitaria, esta última derivada de la primera, constituyó el escenario natural para la aplicación de los lineamientos encaminados a la liberación de la prestación de servicios, los cuales siguen siendo ascendentemente brindados por instituciones privadas o de tipo financiera; así como para la autorización, también creciente, de la instalación de instituciones financieras extranjeras, incluidas las

aseguradoras privadas; lo que ha articulado con una reforma sanitaria enfocada a la privatización de los servicios con el consiguiente estímulo al deterioro de las instituciones públicas para la prestación de la atención (Cerda, 2005). Todo esto se viene a agregar, entre otras cosas, a las añejas problemáticas no resueltas que tienen que ver con la fragmentación, duplicidad e inequidad institucional características del sistema de salud de México (López-Arellano, 2001).

Como dijera Laurell (1994 y 2001), las transformaciones del sector salud en México como parte de la nueva política social al inicio de la actual década ha sido blanco de dos hechos, una la visión del mercado como principio organizador del bienestar, lo que ha significado, entre otras cosas, poner en manos de la iniciativa privada la administración de los fondos sociales y operación de los servicios; y una disminución gradual de la responsabilidad social del Estado para que solo se haga cargo de proporcionar un mínimo de servicios y beneficios para los comprobadamente pobres (Laurell, 1994 y 2001). En este último punto, vale la pena resaltar, como parece mostrarse al examinar los datos aportados por este estudio, que el Estado no ha desaparecido del escenario protagónico de la gestión en salud, es decir, no ha dejado de invertir, sino que ha reorientado sus acciones y apoyos a favor del “mercado”, dejando de ocuparse de sus históricas responsabilidades respecto al derecho a la salud de la población. Esta sentencia, podría explicar las paradojas y las controversias de muchos de los resultados descritos en el capítulo anterior, al observarse a simple vista, que la inversión modesta en salud que sigue teniendo lugar, parece que cae en “saco roto”, al no haber correspondencia entre ésta y los resultados finales de salud.

El panorama descrito hasta aquí parece ser visto de forma diferente por los diseñadores, estrategas y operadores de los procesos de reforma social y sanitaria llevados a cabo en México desde hace casi tres décadas, pero especialmente por los encargados de las mismas en la segunda mitad de noventa e inicio del nuevo siglo. Para estos personeros, así como para algunos analistas e investigadores situados en el otro extremo del eje, el análisis del contexto, es mostrado como desconectado de los hechos que ellos mismo incluso admiten y que este estudio confirma. En el discurso de los reformistas del 1995-2000 el contexto económico, social y

demográfico parece desconocido, o peor aún, aparece sin ningún peso explicativo frente a las transformaciones tecnocráticas de las que fue blanco el sector y las instituciones de salud en el país. Se habla de descentralización de servicios de salud y esquemas cambiantes de financiamiento en salud e incluso de federalismo en salud (De la Fuente, 2001), pero se desconoce que la esencia de la reforma sectorial misma ha estado formando parte de un amplio programa de cambios estructurales como se ha explicado, los cuales siempre han estado dominados por las transformaciones de la economía mundial, las opciones nacionales frente a la globalización y las crisis fiscales ligada a una marcada disminución de las inversiones públicas.

Al leer los escritos publicados alusivos a los alcances y resultados de la reforma de 1995-2000 (De la Fuente y cols., 2001b), no aparecen datos sobre como se relacionan las intervenciones desarrolladas con los procesos superiores de tipo político, social y económico que en buena medida las definen. Tampoco se suele hablar de cómo estos procesos estuvieron acompañados siempre de desigualdades sociales, de los vaivenes en la democratización política de los Entidades Federativas, de la urgencia de atender una creciente deuda social acumulada y de la ineficiente y baja efectividad de las acciones del sector salud, como colofón de una situación cuyo denominador común es la falta de equidad de grandes grupo de población. Esas omisiones, junto a la falta de evidencia que sustente los posibles efectos positivos o negativos que pueden ser atribuidos a estos procesos, ha permitido que se identifique como reforma cualquier política y acción asistencialista o focalizada para pobres y necesitados, alegándose con eso se superan las desigualdades. En estas apreciaciones tiene sentido la tesis sostenida sobre la cuestión de que la reforma del sector salud han sido procesos técnicos naturalizados por la globalización (Almeida, 2005) más que verdaderas transformaciones de los sistemas de salud. En particular, al examinar los resultados que presenta nuestra investigación estas ideas parecen ser reforzadas si se tiene en cuenta que esa ansiada búsqueda por mejorar los niveles de desigualdad-inequidad en salud en México es aún una asignatura pendiente.

5.2 Continuidades y paradojas en los efectos diferenciales de la reforma.

Con base en lo expuesto anteriormente y tomando en cuenta los resultados del trabajo de investigación, la idea de fondo de nuestro análisis es la existencia de continuidades claras y documentadas, así como comportamientos paradójicos y falta de correspondencia respecto a algunos de los resultados obtenidos. Para explicar esto, intentaremos analizar cuales han sido los aspectos de la reforma sanitaria de 1995-2000, que según sus defensores (Soberón-Acevedo, 1996; De la Fuente, 2001 y 2001b), han mejorado el nivel de salud de la población y el nivel de acceso a los servicios de salud, al tiempo que han dejado los sistemas estatales de salud mejor organizados, con más recursos materiales y financieros, más capacidad para la gestión en salud y mas autonomía con responsabilidades delimitadas.

Los hechos: condiciones de vida y el estado de salud.

Los resultados encontrados por nuestra investigación evidencian que la situación de salud y de las condiciones de vida de la población de México entre 1995 y 2002 no mejoraron significativamente, sino más bien se mantuvieron para la mayoría de los Estados, con escasos cambios en algunos indicadores; mientras que en algunos otros indicadores y un buen número de Estados, la situación global de salud empeoró.

Al revisar la evidencia sobre las condiciones de vida tomando en cuenta el índice de marginación social, la tasa de alfabetización entre los mayores de 15 años y el ingreso anual *per cápita*, no parece haber cambios significativos entre 1995 y 2002. El 53.3% de los Estados mantuvieron los niveles de marginalidad presentes en 1995, así como aproximadamente el 10% de la población continuó siendo analfabeta. Los Estados con mayores índices de marginación y menores proporciones de población adulta alfabetizada son los que continúan con menores niveles de salud y de acceso a los servicios de salud. A pesar de haberse incrementado el ingreso anual *per cápita*, más del 50% de los Estados del país mantienen niveles de ingreso por debajo del reportado a nivel nacional, lo que indica que la concentración del ingreso se presentó particularmente en los Estados más ricos ubicados en el norte del país, cuyos

índices marginación social son los más bajos. En otras palabras, las condiciones de vida no experimentaron una mejoría sustantiva en la mayoría de los Estados del país, e incluso, en algunos Estados se perpetuó el estado de alta y muy alta marginación que existía en 1995.

Estos hallazgos son congruentes con lo reportado por la OCDE (2005) en su estudio sobre el sistema de salud de México en el 2004. El grado de privación social y económico y la falta de acceso a servicios de salud es mucho mayor en los Estados del centro y sur del país; así como también son mayores las disparidades entre las Entidades Federativas en la disponibilidad de infraestructura y servicios básicos como agua potable, servicios de drenaje, pisos no de tierra y el nivel educacional (OCDE, 2005). Pero por otro lado, estos hallazgos se pueden explicar al reconocerse que las nuevas orientaciones políticas y económicas de corte neoliberal propuestas y desarrolladas en México desde fines de los años ochenta hasta nuestros días han sido caracterizadas por medidas denominadas de ajuste estructural (Menéndez, 2004), que no pudieron mejorar las condiciones de vida, ni reducir la incidencia de la pobreza, ni modificar las desigualdades en la distribución del ingreso. Tal es así que al inicio de la década de los noventa alrededor del 30% de de la población urbana y rural del país percibía menos de 120 y 78 dólares al mes, respectivamente, clasificando según los criterios de CEPAL como población pobre, pero esta proporción a fines de la misma década alcanzó la cifra de 38% (Székely, 2002; De la Torre, 2002 citado por Gómez-Dantés, 2004).

Por otro lado, los efectos de la reforma sobre las desigualdades-inequidades en las condiciones de vida han sido diferenciales entre los Estados. Los hallazgos respecto a las desigualdades relativas sobre las condiciones de vida, aún con lo controversiales que pueden resultar, denota que las intervenciones de reforma o no influyeron en el mejoramiento de las desigualdades de las condiciones de vida dada la naturaleza de las mismas o evidentemente impactaron negativamente en el logro de reducir tales desigualdades. Solo los estados de Tabasco, Tamaulipas, Sonora y Veracruz presentaron un cambio a una menor situación de desigualdad relativa en las condiciones de vida respecto al resto de las Entidades Federativas entre 1995 y 2002; y de los 9 Estados que mantuvieron niveles que indicaban mejor situación de

desigualdad relativa entre esos (San Luís Potosí, Sinaloa, Baja California Sur, Campeche, Durango, Nayarit, Yucatán, Colima y Zacateca), al analizar los datos teniendo en cuenta la reforma se observó la existencia de desigualdades relativas en las condiciones de vida.

En síntesis, los hechos revelan que el esperado mejoramiento de las de las condiciones de vida tras la puesta en marcha de importantes transformaciones a nivel estructural impulsada por la reforma del Estado y en particular por las reformas sociales de los últimos años en México no parecen haberse alcanzado, al menos no para la inmensa mayoría de la población de las Entidades Federativas, mientras que en algunos escasos Estados dichos efectos fueron ligeramente positivos. Y como diría Menéndez (2004) las “continuidades” derivadas de la reforma estructural de esos años mostró más sobre la pérdida adquisitiva de la mayoría de la población, el mantenimiento de bajos salarios, los incrementos de la desocupación y del trabajo informal, los que unidos al igual encarecimiento de la atención médica oficial y privada, contextualizan e inciden en las características del proceso salud-enfermedad-atención en México (Menéndez, 2004).

La ampliación de la pobreza y la tenacidad de las desigualdades sociales evidenciadas al cierre del 2002 se reflejaron de forma directa en el estado de salud de la población y especialmente entre la población de los Estados más pobres. Sin embargo, resulta paradójico que si bien las condiciones de vida no han mejorado para buena parte de la población de la mayoría de los Estados del país, existan reportes que muestren evidencias contundentes en el descenso de la mortalidad en todos los grupos de edades y el incremento, como resultado, de la esperanza de vida al nacer (SSA, 2001). En lo que se refiere a las tasa de mortalidad general, existen reportes de que ésta cayó poco más de dos veces entre inicio de los ochenta y mediados de los noventa (Narro-Robles, 2002), al igual que la mortalidad infantil, la cual bajó de 30 a menos de 15 por mil nacidos vivos en ese mismo período (Santos-Preciado, 2002). Esta tendencia, aparentemente contradictoria con el indiscutible deterioro de las condiciones de vida resulta menos contundente cuando los datos se examinan con más cuidado (Cerdeña, 2005) y se hacen de forma estratificada por grupos de población y espacios geográficos.

Nuestra investigación refuerza esta última observación y muestra que lo que pareciera un importante avance de salud resulta que no es tan así si, se mirase con otro prisma. De acuerdo a nuestro estudio, la tasa de mortalidad general se mantuvo prácticamente igual entre 1995 y 2002 y poco menos del 50% de los Estados del país mantuvieron cifras de mortalidad general por encima de la reportada a nivel nacional, concentrándose en escasos Estados los pocos decrementos experimentados para 2002 respecto a 1995. Por su parte, la tasa de mortalidad infantil tampoco evidenció grandes cambios en esos mismos años, por el contrario, el número de Estados con tasas por encima de la media nacional se incrementó a 11 en el 2002, y los Estados con altas tasas de mortalidad infantil para 1995 mantuvieron o incluso aumentaron ligeramente su valor. Otro hecho contrastante es que a pesar de que la mortalidad en menores de 5 años de edad disminuyó de 1995 a 2002, el número de Estados con tasas por encima de la media nacional aumento a 15 este último año, a expensa esencialmente de los mismos Estados que en 1995 presentaban ya tasas muy superiores que la reportada a nivel nacional. Finalmente, un dato más nuevamente revelador, es que el incremento de la esperanza de vida al nacer a nivel nacional se da a expensa de unos pocos Estados, observándose que los Estados que en 1995 tenían menos esperanza de vida al nacer, en 2002 continuaban con los niveles más bajos de este indicador.

Los datos anteriormente descritos son congruentes con lo reportado por la propia Secretaria de Salud (SSA) en 2000 cuando la administración que recién termina (2006) tomó posesión. El análisis de aquel entonces mostró igual que ahora que la mortalidad infantil tenía y continúa teniendo una distribución desigual, mientras que en Nuevo León dicho indicador era de 14 por mil nacidos vivos, en Guerrero esta era de poco mas de 52 por mil nacidos vivos. Por otro lado, mientras que en el Distrito Federal o el área urbana del Estado de México la tasa de mortalidad en menores de un año era similar a la de países desarrollados, estas mismas tasas en la regiones rurales de Chiapas y Oaxaca, por ejemplo, eran muy parecidas a las de los países mas empobrecidos de nuestra región (SSA, 2001).

Otros dos hechos contrastantes con las aspiraciones de una reforma que buscaba reducir las brechas en las condiciones de salud son los resultados que se muestran

sobre la mortalidad materna y la morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas. Durante la década de los años noventa la tasa de mortalidad materna evidenció un comportamiento relativamente estable pero alto, llegando a ser las razones de mortalidad reportadas de 5.4 muertes por cada 10,000 nacidos vivos. Sin embargo, esta situación empeoró en los finales de los noventa e inicio de la actual década, evidenciando incrementos significativos de este indicador, especialmente en los Estados del centro y sur del país. Según datos de nuestro estudio, para el 2002, 12 Estados aumentaron sus tasas de mortalidad materna y 15 Estados mantuvieron las tasas en niveles muy superiores a los reportados a nivel nacional en 1995.

En ese mismo sentido, nuestro estudio mostró la proporción de defunciones debidas a las enfermedades infecciosas y asociadas a la reproducción y a la desnutrición disminuyeron ligeramente entre 1995 y 2002, sin embargo, continuaron siendo altas (mayores del 10%) en prácticamente todas las Entidades Federativas y los Estados con cifras mas altas en 1995 las mantuvieron en 2002. Por su parte la incidencia de tuberculosis pulmonar se mantuvo por encima de la media nacional en mas del 50% de los Estados del país en 2002 y en algunos Estados se incrementó sustancialmente respecto a 1995 y al promedio nacional registrado en 2002.

Los datos descritos contrastan con lo reportado por Rosero-Bixby (2004) respecto a los efectos que han sido atribuidos a la reforma del sector salud en Costa Rica entre 1994 y 2000. Salvando las diferencias entre éste país y México y sin ánimo de extrapolar cualquiera de los resultados, datos de las evaluaciones recientes en Costa Rica sostienen que la reforma redujo significativamente la mortalidad de los niños en alrededor del 8% y la de los adultos en un 2%. De igual forma, el efecto también alcanzó a reducir en un 14 % las enfermedades transmisibles o desencadenadas por procesos infecciosos, pero no pudo impactar sobre los padecimiento de origen social como son las lesiones de causa externa (Rosero-Bixby, 2004). Con base en este último dato, se pudiera pensar que la reforma sanitaria en este país de Centroamérica no solo fue estratégicamente diferente a la de México, al estar dirigida preferentemente a la atención primaria de la salud, sino que a diferencia de México, en Costa Rica existe dos condiciones distintivas: por un lado la infraestructura existente respecto de las condiciones de vida de la población, las

cuales son determinantes en el estado de salud; y por otro la disponibilidad de recursos y servicios en un modelo de aseguramiento universal donde las barreras de acceso a los servicios parecen mucho menores comparativamente con México. En opinión de Vargas (2002) esto es así, porque Costa Rica en esencia adoptó una estrategia de financiamiento pública de sistema de salud con igualdad de prestaciones y con independencia de la capacidad adquisitiva (Vargas, 2002). Como se puede concluir, esta situación es totalmente contraria a la apuesta que se ha hecho en México.

No obstante, también los efectos de la reforma han sido diferentes entre los Estados del país en cuanto a las desigualdades-inequidades en los resultados finales de salud. En 1995, los mismos estados de Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guerrero, Estado de México y Guanajuato con desigualdad relativa global de los resultados de salud continuaron con esta condición para 2002; y los estados de Hidalgo, Baja California, Michoacán, San Luis Potosí, Querétaro, Zacatecas y Tlaxcala que en 2002 presentaron niveles menores de desigualdad respecto a 1995, tras la reforma incrementaron sus niveles de desigualdad relativa. Este hallazgo da la idea del poco efecto positivo que puede ser atribuido a las intervenciones de reforma en estas entidades, hasta incluso, de que más bien las intervenciones de reforma han tenido un efecto negativo sobre la desigualdad en los resultados de salud en estos territorios.

Estas argumentaciones nos inclinan a pensar que de forma global el posible efecto sobre el nivel de salud de la población de las Entidades Federativas de las transformaciones socio-económicas experimentadas durante esos años y en particular de las estrategias e intervenciones incluidas en la reforma social mexicana, inspiradora de la reforma sanitaria de 1995-2002 fue diferente y apuntó a ser particularmente pobre, escasa o nula en más de la mitad de los Estados y favorecedor en algunos pocos restantes Estados en cuanto a mejorar sustancialmente las desigualdades en las condiciones de salud descritas.

Los hechos: el acceso a los servicios de salud.

En el discurso de los reformistas del período 1995-2002 se incorporaba la necesidad de mejorar la equidad de acceso a los servicios de salud. En este sentido, el diagnóstico realizado como justificación de la reforma (PEF, 1996) esgrimía la falta de incentivos para promover la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, especialmente debido a la falta de capacitación de los trabajadores, deficiente organización administrativa, poca atención a la satisfacción de los usuarios y a los intereses de los prestadores de los servicios y preponderancia de las medidas curativas sobre las preventivas. Por otro lado, también se aludió a la clásica segmentación de las instituciones prestadoras de servicios, las cuales tenían una forma de organización particular y diferenciada y estaban “casadas” con un tipo de población a la que debían atender, lo que a su vez, provocaba una coordinación insuficiente entre ellas redundando en el “traslape” de la cobertura.

De igual forma, se defendió que el centralismo limitaba la eficacia de las instituciones debido a que no consideraba las prioridades y los problemas regionales, unido a la falta de delimitación de las responsabilidades entre las autoridades centrales y locales, lo que derivaba en la consolidación de las estructuras burocráticas. Finalmente, también se argumentó una insuficiente cobertura de los servicios de salud, especialmente en las zonas dispersas y los cinturones periurbanos marginados debido a la ausencia de una estrategia definida para llevar estos servicios a estas poblaciones y que se había dado prioridad a las acciones de alto costo y baja efectividad.

A partir de estas afirmaciones se retomó el proceso de la descentralización, y con él, las estrategias de cambios en la asignación de los montos y ejecución del financiamiento y gasto en salud, así como la ampliación de cobertura con el PBSS. Todas ellas, como se ha dicho, son parte de la estrategia “madre” que guió la reforma sanitaria en México propuesta por el Banco Mundial en su alegato “Invertir en Salud”. Ahora bien, cabe preguntarse ¿cuáles son los resultados derivados de la aplicación de estas propuestas técnicas de la reforma 1995-2000?, ¿en realidad, estas propuestas enfocadas en los servicios de salud exclusivamente mejoraron los

niveles de desigualdad en salud ya existentes antes de iniciada dicha la reforma?, ¿cuál es el balance que se deja ver en materia de equidad en el acceso a servicios de salud tras la puesta en marcha de estas propuestas?. Veamos lo hechos.

De forma general, los resultados de la investigación apuntan al poco progreso experimentado en la atención de salud y al escaso impacto que han tenido los servicios de salud y en particular de las estrategias de la reforma sanitaria implementadas, sobre las desigualdades-inequidades existentes en el acceso a los servicios de salud desde mucho antes y en consecuencia, en el mejoramiento de la situación de salud.

La piedra angular de la utópica “universalización” en la cobertura de los servicios de salud en el país lo constituían las instituciones de seguridad social. De acuerdo con Laurell (1997), esta estrategia fue bastante exitosa durante las cuatro décadas precedentes, ya que el incremento de derechohabientes fue en promedio de 10% al año durante los años sesenta y setenta y alrededor del 5% en los años ochenta, o sea muy por encima del crecimiento poblacional (Laurell, 1997). La cobertura de la seguridad social alcanzó su punto más alto en 1990 con una cobertura del 56% de la población, para luego comenzar a declinar hasta llegar a poco menos de un 50% en 1995 (PEF, 1999). Es precisamente en este año con el inicio del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2002, es que se abandona la estrategia de la seguridad social y se sustituye por una política dual de mercantilización y de servicios mínimos para los pobres. Con ellos se introduce el sector privado como actor clave y marca el inicio del fin del intento de concretar el derecho universal de la protección a la salud en el país (Laurell, 2001).

Esta tendencia se corrobora con los hallazgos de este estudio, dado que se constata una disminución significativa (alrededor de 9%) de la cobertura de la seguridad social en salud, principalmente derivada del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Este descenso de las coberturas de aseguramiento se da principalmente entre los Estados que históricamente habían presentado porcentajes altos de población afiliada a la seguridad social, mismos que fueron de alguna forma el foco de la estrategia neoliberal ya descrita. Por su parte, los Estados que de por sí tenían

ya bajas sus coberturas para 1995, las disminuyeron mucho más; pero ambos grupos de Estados coincidentemente también mostraron los menores niveles de esperanza de vida, elevadas tasas de mortalidad infantil y materna y alta incidencia de tuberculosis pulmonar.

Vale la pena mencionar aquí como la situación descrita sobre las coberturas de la seguridad social parecen haber sido también afectadas en otros países. El ejemplo de Colombia tras la entrada en vigor de la ley 100 en 1993, dice que las coberturas habían descendido de 6.6% en 1992 a 53.7 en 2000. la conclusión de varios investigadores (Ahumada, 2003; Vega, 2003; Echeverri, 2003 y Hernández, 2003, citados por Franco, 2003) de ese país, es que la cobertura global durante la reforma colombiana se ha empeorado considerablemente (Franco, 2003).

En cuanto a la descentralización en salud, la reforma de 1995-2002 como se ha mencionado, se centró en la terminación del proceso iniciado varios años antes, el cual buscó contribuir al desarrollo regional armónico del sistema de salud con la creación de los sistemas estatales de salud y lograr así la efectiva distribución de las facultades, atribuciones, funciones y recursos hacia los Estados, de tal forma que asumieran la responsabilidad de asegurar servicios a los usuarios con mayor oportunidad y eficiencia (López-Barcena y cols, 2001). De esta manera, las líneas estratégicas de este proceso se fijaron en la operación de instancias de apoyo al proceso mismo, lugar que ocupó el Consejo Nacional de Salud; el fortalecimiento de los sistemas locales de servicios de salud a nivel de Estado y municipio; la modernización y desarrollo administrativo; la ampliación de cobertura de los servicios de salud a población no asegurada a partir del PBSS; el establecimiento de instrumentos de coordinación y concertación; la creación de los Órganos Públicos Descentralizados de la Administración Pública Estatal (OPD); la transferencia de las atribuciones y recursos para operar los servicios; y el control y seguimiento del proceso mismo de la descentralización (López-Barcena y cols, 2001; Ares, 2001; Tamayo; 2001).

A pesar de las aparentes buenas intenciones de los planteamientos técnicos del proceso de descentralización descritos anteriormente, hay evidencias que muestran

que este proceso agravo la fragmentación del sistema de salud de México y minimizó progresivamente los servicios de salud otorgados a la población no asegurada, pobre y marginada del país; así como el decremento de la calidad de los servicios de salud como consecuencia del deterioro presupuestal de varios Estados y de la mercantilización de dichos servicios. Esto último, convertido en el argumento predilecto de los reformistas de corte neoliberal para sugerir que ante la “ineficacia” de los servicios de salud, la mejor solución sería privatizarlos (López-Arellano, 2004; Cerda, 2002).

Con base a nuestros resultados de investigación, los Estados con más años en el proceso de descentralización (5 o más años) para el 2002 y con estrategias de ampliación de la cobertura de servicios a través de la aplicación del PBSS, no evidenciaron incrementos sustantivos en cuanto a la cobertura de la atención prenatal, ya que más del 70% de los Estados no alcanzaron la media nacional reportada. Tampoco evidenciaron avances en la implementación de estrategias de planificación familiar, el 60% de los Estados reportó cifras por debajo del promedio nacional en cuanto al uso de métodos de planificación familiar. Sin embargo, sí se mostraron incrementos en la proporción de población atendida por primera vez, la cobertura de vacunación con esquema completo en niños de un año de edad y en el porcentaje de partos atendidos en unidades de salud, todas estas acciones incorporadas en la estrategia de ampliación de cobertura con el PBSS.

No obstante, estos últimos hallazgos no dejan de asombrar por lo contrastante que resulta el evidente incremento de la mortalidad materna, el reducido descenso de la mortalidad infantil y el marcado incremento de la incidencia de tuberculosis pulmonar en la mayoría de los Estados por solo poner algunos ejemplos. Por otro lado, también se evidenció una disminución de la atención al parto por personal adiestrado entre 1995 y 2002. El 50% de los Estados con cifras por debajo del promedio nacional mantuvieron o descendieron aún más dicha cobertura en 2002 respecto a 1995. Pero lo preocupante es que estas coberturas son particularmente bajas en los Estados con mayores tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna.

Los resultados descritos parecen corresponder con las tendencias internacionales vistas tras el análisis de los procesos de descentralización. En México se ha presentado de forma similar a como ha ocurrido en otros los países de América Latina. Esto es, la descentralización es más una perspectiva desconcentradora del gasto del gobierno central como habían alertado algunos autores (López-Arellano, 1993) o incluso, de privatizaciones progresivas -como ha denunciado Laurell y otros (Laurel, 1997 y 2001)- sin la posibilidad que los gobiernos locales tengan condición de sostener o incrementar la atención de sus poblaciones. Particularmente pensamos y estamos de acuerdo con Almeida (2005) cuando argumenta, que este proceso, frente a la gran heterogeneidad de la red de servicios y de la limitada capacidad de implementación de los niveles subnacionales como también ocurre en México, rara vez han podido establecer normas generales basadas en principios que unifiquen la dinámica descentralizadora al mismo tiempo que reconozcan la autonomía local, garanticen la equidad territorial en el acceso a los servicios, y una adecuada integración vertical y horizontal en los niveles de atención (Almeida, 2005). No obstante, además de reconocer estas aseveraciones, creemos que la concepción misma de este proceso de descentralización y la forma en que se ha presentado su implementación, es más un "caldo de cultivo" para poder introducir y desarrollar iniciativas que buscan establecer la visión de mercado que es el fundamento detrás de las propuestas de quienes han estimulado estas prácticas, como lo han venido denunciando los representantes de la medicina social en México.

Referente a la focalización, no debiera sorprendernos el pobre impacto de su implementación en México. La experiencia del análisis sistemático de sus resultados en los países de la región dice que éstas no han sido efectivas (Almeida, 2005). Entre sus negativos resultados destaca la estigmatización de los grupos específicos con el rótulo de pobreza, cosa que también ha ocurrido en México; desmejoramiento de la eficiencia y la calidad de los servicios, toda vez que estos paquetes son insuficientes para responder a las necesidades de los grupos de beneficiarios; serias dificultades en la definición de los beneficiarios, es decir, el foco de los más pobres y en la definición de la composición de los paquetes mismos; los problemas de la segmentación y fragmentación del sistema donde operan esta estrategia que en

definitiva lo que hacen es perpetuar la falta de equidad entre los beneficiarios; por supuesto las serias dificultades en la sustentabilidad de las acciones contempladas en estas iniciativas, ya que en general, como en México, son financiadas con fuentes externas, recursos parciales y limitados en el tiempo; y desde luego, la consolidación del modelo médico hegemónico tradicional, toda vez que los paquetes se concentran en la asistencia médica, relegando las medidas de salud pública, prevención y protección de la salud a un segundo plano.

En el ámbito del financiamiento y gasto en salud para el período de análisis, no hay dudas de que el Banco Mundial fue el proporcionador del préstamo que usó el gobierno mexicano para desarrollar la reforma de 1995-2002, bajo el condicionamiento ya acotado por Laurrell (2001) y que permitió la adopción de los lineamientos generales de la reforma sectorial al estilo neoliberal. Por otro lado, el gasto de las instituciones públicas de salud ha estado supeditado al mantenimiento del equilibrio fiscal; así como el énfasis a los sistemas de salud sobre la recuperación de las cuotas por los servicios prestados, por lo que es un irrefutable indicio de la remercantilización de la salud en los servicios público como propone el modelo neoliberal (López-Millán y cols., 2001).

Este importante aspecto, los hallazgos de nuestra investigación documentan que a pesar del incremento del financiamiento y gasto en salud para 2002 respecto a 1995, y al aumento en el gasto en salud *per cápita* en prácticamente todas las Entidades Federativas en ese periodo, los Estados con bajo gasto *per cápita* son los que presentan mayor mortalidad infantil y materna, escasos recursos para la atención a la salud y más bajas coberturas de los servicios de salud. Por el otro lado, entre 1995 y 2002 el incremento en el porcentaje de aportación estatal y federal a la salud fue también evidente, no obstante que poco más del 30% de los Estados no superaron las cifra promedio nacional para cada uno de estos indicadores y que no necesariamente los Estados con mas altos índices de inversión financiera en salud son los que exhiben mejores coberturas de los servicios, ni mejores niveles de resultados de salud. A lo anterior se une que en cuanto a los recursos del sistema, la tendencia ha sido la permanencia o disminución de los recursos humanos y materiales necesarios para la prestación de los servicios en algunos Estados del

país. En 1995 como en 2002 poco más del 40% de las entidades tenían menos de un médico por cada 1000 habitantes y el 70% de los Estados no alcanzaban la cifra promedio nacional de camas censables por 1000 habitantes.

Si bien algunos incrementos globales se constatan a nivel de país y en un escaso grupo de Estados para el período examinado, los resultados de nuestro estudio también corroboran otras evidencias que sustentan el discreto incremento en el gasto público y el ascenso del gasto privado en salud. Es a expensa de este último, que desde 1997 se ha incrementado el gasto total en salud, situación que denota el aumento del gasto de bolsillo de los mexicanos a través de cuotas de recuperación y el pago de servicios privados (Cerdea, 2005). De acuerdo con los datos ofrecidos por el Gobierno de México y citados por Cerdea (2005), se puede observar una disminución del gasto público en salud, agravada si se tomase en cuenta el proceso inflacionario que viene sufriendo el país durante los últimos años (Cerdea, 2005). En ese sentido Laurell (2001) explica la poca importancia que se ha dado al gasto en salud en México, incluso antes de iniciada la reforma, si se compara el gasto público de México con el de otros países del mismo nivel de desarrollo o con los países desarrollados (Laurell, 2001).

Como en México, en otros países la situación de la equidad en el financiamiento es un tema recurrente en las reformas. En Colombia, los reformistas encabezados por Londoño (2003) sostuvieron que la equidad en el país en materia de financiamiento de la salud se había incrementado a pesar del aumento de la inequidad general (Londoño, 2003, citado por Franco, 2003). Este planteamiento también lo hizo la OMS en su informe del 2000. Sin embargo, con base en la realidad y en sólidos criterios e indicadores también varios investigadores inscritos en la corriente de la medicina social han documentado que esas afirmaciones no solo han sido falsas, sino que incluso el modelo de la reforma colombiana, no solo no ha reducido la inequidad, sino que ha mantenido las viejas inequidades y ha desarrollado otras (Franco, 2003). Estas explicaciones parecen ser coincidentes con lo que ocurre en México, pues más allá de un incremento verdadero del financiamiento en salud, por cierto discutible como se ha comentado, la realidad es que éste no impacta en el mejoramiento del acceso a los servicios ni en los resultados finales de salud.

Otro ejemplo un poco diferente es el de Uruguay. En este país la inequidad en el financiamiento no se da por baja inversión en salud, ya que el incremento del gasto en salud como porcentaje del PIB ha ido en aumento hasta rebasar el 10% en 1995. De igual forma el gasto *per cápita* en salud se ha incrementado en más del 100%. De tal forma que se puede afirmar que las inequidades actuales no se explican por los recortes del gasto como ha sido el caso de México y de muchos otros países de la región. Sin embargo, investigaciones realizadas han documentado que las desigualdades se presentan por la forma en que se distribuye el financiamiento (Mitjavila, 2002). México tiene también este problema, a pesar del incremento discreto del financiamiento en salud al cierre del 2002 éste no es suficiente para impactar sobre las desigualdades de salud. Como se ha dicho, en la desigual distribución del gasto entre las entidades federativas seguramente es posible encontrar muchas de las explicaciones de los niveles de desigualdad que exhibe el país.

Por otro lado, como en el caso de la iniciativa de la ampliación de cobertura de los servicios de salud, la evidencia empírica acumulada en la región, muestra como en la última década del pasado siglo, a pesar de las desigualdades-inequidades en la situación de salud y acceso a servicios que han sido bien documentadas, el financiamiento público en salud poco se ha alterado, y cuando se ha incrementado se ha hecho de forma desigual a favor siempre de los territorios que más recursos tienen, cuando debería ser todo lo contrario, el gasto privado ha crecido y se ha mantenido alto en cualquiera de sus modalidades (Almeida, 2005).

En síntesis desde nuestra visión y apoyados por los datos del estudio y las valoraciones de varias evidencias empíricas y analíticas que se han discutido, creemos que las estrategias de reforma basadas en la descentralización como eje principal de las transformaciones de los años 1995-2002 y las correspondientes intervenciones en el ámbito del financiamiento en salud y la ampliación de la cobertura de los servicios, no han mejorado, como hemos venido diciendo, las condiciones de vida y salud, y tampoco el acceso a los servicios de salud de forma general. Sin embargo, podemos reconocer cambios de forma muy puntual en algunos Estados, especialmente si son vistos con un prisma que básicamente

enfaticé en los diferentes indicadores tomados de forma independiente para el análisis. Esto lo decimos, porque a continuación intentaremos discutir posibles efectos de dichos procesos de reforma usando los mismos indicadores analíticos, pero ahora, desde una perspectiva más integral de salud como propone López-Pardo (2001) al utilizar el índice de inequidad en Salud (INIQUIS) en la medición de las desigualdades-inequidades de salud (López, 2001).

5.3 El impacto de la reforma sobre la desigualdad-inequidad en salud.

Los resultados de nuestro estudio, muestran similares comportamientos paradójicos y controversiales entre los Estados del país al analizar los niveles de desigualdad relativa en las diferentes dimensiones de salud y su relación con lo que parece ser el mejor resultado de la reforma: el incremento del financiamiento y el gasto en salud para 2002 respecto a 1995 y el establecimiento e institucionalización del proceso de descentralización de los servicios de salud en el país; ambos como hemos venido mencionado, con serios cuestionamientos teóricos-conceptuales dependiendo de la postura político-ideológica desde donde estos sean encarados.

En pocas palabras, no hay correspondencia entre haber incrementado el financiamiento y el gasto en salud y no haber modificaciones en el estado de desigualdad relativa de salud, o más aún, que éstas hallan empeorado como parece revelarse al observar que en 1995 el 43.7% de los Estados del país presentaban niveles de desigualdad relativa global de salud con valores del INIQUIS por encima de 0.50 y que en 2002 esta proporción se incremento a 75.0%, es decir, un incremento de poco mas del 30%. Esta idea sentencia el poco efecto positivo o nulo, o incluso negativo en algunos casos, que puede ser atribuido a las intervenciones de reforma de los años 1995-2002 sobre la desigualdad en salud.

Sin considerar en el análisis del INIQUIS los indicadores directamente referidos a las estrategias de reforma, la evidencia reveló que la desigualdad relativa de salud entre las Entidades Federativas del país, se incrementó en poco más de un 30% en ios Estados con desigualdad relativa de resultados de salud entre 1995 a 2002, mientras que no hubo cambio alguno en respecto a la desigualdad relativa de los servicios de

salud, ya que el 65% de los Estados mostraban niveles de desigualdad relativa para esta dimensión en ambos años. Sin embargo, los datos muestran que al parecer si hubo una disminución de la desigualdad relativa en las condiciones de vida en esos mismos años. Pero esta apreciación debe ser tomada con cuidado se tenemos en cuenta el análisis y la evidencia descrita en párrafos precedentes.

Sin embargo, al incluir en el análisis del INIQUIS los indicadores referidos a las estrategias de reforma, el nivel de desigualdad relativa de salud se incrementa aun más, observándose que el 68.7% de los Estados del país presentaron un INIQUIS superior a 0.50 respecto a los resultados de salud (poco mas del 10% de incremento en comparación al modelo del INIQUIS 2002 y más del 50% respecto al modelo del INIQUIS de 1995); el 75% de las entidades tuvieron un INIQUIS por encima del valor de referencia para la dimensión de servicios de salud (ligeramente mas elevado en comparación con los modelos del INIQUIS de 2002 y 1995); y el 70% de los estados del país revelaron un INIQUIS por encima de 0.50 para la dimensión de condiciones de vida (poco más de 50% de incremento comparado a lo arrojado por los modelos del INIQUIS de 2002 y 1995).

Por otro lado, al considerar que las estrategias de reforma sanitaria de 1995-2002 se concentraron básicamente en el ámbito de los servicios de salud, no puede pasarse por alto que durante los años analizados, es precisamente en esta dimensión donde se registraron las proporciones más altas de desigualdad relativa entre la mayoría de los Estados del país, seguidas las desigualdad de resultados y finalmente las desigualdades de condiciones de vida. En este sentido, tres ideas parecen haber dominado los resultados: ningún Estado exhibió valores del INIQUIS por debajo de 0.25, excepto el Distrito Federal que fue la entidad con menor desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud; la situación de desigualdad mejoró o se mantuvo igual a la registrada en 1995 para un pequeño grupo de Estados, sugiriendo la idea de que las estrategias de reforma parecen haber tenido un efecto positivo sobre la desigualdad relativa en esta dimensión para dicho grupo de entidades; y que tampoco ningún Estado presentó valores del INIQUIS por encima de 0.75, con la excepción de Puebla y Oaxaca, lo que denota que el número de Estados en los modelos del INIQUIS para cada dimensión es relativamente similar.

Con base en lo anterior es posible aproximarse a pensar que existe un moderado “estancamiento” en el estado de desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud entre 1995-2002 para la inmensa mayoría de las Entidades Federativas dado que es evidente que no existe un mejoramiento del posicionamiento de los Estados con base en los valores del INIQUIS a favor de un menor puntaje. Por otro lado, no se observa tampoco un deterioro hacia situaciones de extrema desigualdad relativa de salud con base en los datos del INIQUIS al encontrar que no hay cambios en el posicionamiento de los Estados en la dirección de sobrepasar los valores extremos fijados como referencia.

Al tratar de considerar los hallazgos descritos tomando en cuenta el “Marco conceptual y criterios para el análisis de la reforma”, propuesto por Laurell (1997), los resultados obedecen a la aplicación irrestricta del modelo de pensamiento neoliberal. Pero que además desde el punto de vista ético y humanista los resultados son inaceptables si se estima que el bienestar social y la salud sean convertidos en un medio económico que subordine la máxima prioridad social que debería requerir. De esta forma al aplicar los criterios de evaluación de la reforma descritos por Laurell, la cual asume explícitamente una postura marxista como visión del mundo, es imperativo decir en primer lugar que la reforma de 1995-2002 no fue diseñada para alcanzar los objetivos de reducir las desigualdades-inequidades en salud, como tampoco fueron visualizadas pensando en la protección de la salud como derecho constitucional. En segundo lugar la disponibilidad, utilización y el acceso a los recursos de los servicios públicos de salud tiene que ser necesariamente baja si no hay una verdadera inversión en salud a favor de la producción de satisfactores, más bien hay un reacomodo de las piezas a favor de una lógica mercantilista dominada por el sector privado.

La otra idea que me gustaría defender basado en el pensamiento de Laurell, es que el Estado con el papel asumido de asistencialista de los pobres y regulador de los macroprocesos, que al final están subordinados a las estrategias de los grandes entes financieros y corporativos, es cómplice y responsable de los resultados exhibidos en materia de desigualdad social y de salud, pues lejos de desestimular la política de no igualdad de acceso a los beneficios del sistema, de no universalización

de las coberturas y de no gratuidad en los servicios de salud, ha legitimado sus aplicaciones.

Por su parte, la perspectiva ofrecida por Daniels (1996) a través de sus criterios de evaluación de la reforma en función de la equidad rescata la idea de la necesaria "imparcialidad" que debe tener el sistema de salud para ser equitativo. Esta imparcialidad, según el autor, es la equidad vista como el acceso de acuerdo con la necesidad y contribución de acuerdo a la capacidad de pago; pero también tiene que ver con la eficiencia, vista desde el ámbito clínico y administrativo; y finalmente con el gobierno democrático, es decir, el libre acceso a la información con transparencia, rendición de cuentas y empoderamiento de los ciudadanos. Con el ánimo de relacionar la aplicación de las tesis de Daniels frente a los resultados de nuestra investigación proponemos discutir la evidencia de dicha aplicación los a la luz de la medición realizada en México en 2002 por Gómez-Dantes y colaboradores (Gómez-Dantes, 2004).

De acuerdo con este grupo, las medidas desarrolladas por la reforma tuvieron un impacto positivo en el acceso de la población pobre a los servicios de salud. Argumentan que la oferta de un seguro de salud para autoempleados y miembros de la economía informal con capacidad de pago permitió el amplio acceso a por lo menos un número pequeño de hogares, reduciendo los gastos catastróficos en la medida que se amplió el prepago. Sin embargo, parecen contradecirse cuando se reconocen que la reforma no resolvió los serios problemas de escasez y desigual distribución de los recursos del propio sistema para garantizar el acceso por lo menos en lo que a recursos se refiere. Por el contrario, estos recursos disminuyeron considerablemente y en algunos casos permanecieron iguales. Por otro lado, los resultados que se presentan del mejoramiento de las coberturas en los Estados que nuestra investigación plantea como los de mayor desigualdad de acceso a los servicios como es el caso de Chiapas, Oaxaca, Guerrero, entre otros, se sustentan con datos pertenecientes a 1994, por lo que no son atribuibles a las intervenciones de la reforma como es el caso del programa de ampliación de cobertura (PAC). De la misma forma, se reconoce que la cobertura de parto institucional a pesar de ser un objetivo explícito del programa del PAC, no lograron impactar en los resultados de

salud y la mortalidad materna continuó elevada durante los años de la reforma 1995-2000 como hemos ya argumentado. Respecto a otras actividades del PAC como la promoción del uso de métodos de planificación familiar y la atención prenatal, se dice que las proporciones se incrementaron aunque no se ofrecen los datos. En contraste nuestra investigación aporta datos de cómo los porcentajes de uso de métodos de planificación familiar es desigual entre los Estados y las coberturas documentadas son de poco más de 30% y que la cobertura de atención prenatal tampoco experimentó incrementos notables.

En cuanto al proceso de descentralización de los servicios de salud la aplicación de los criterios de Daniels usados en México durante la medición de 2002, no refiere datos que puedan sustentar la efectividad de esta estrategia, y mucho menos de cómo este proceso se relacionó con las demás estrategias desarrolladas como por ejemplo el PAC y con los cambios en los esquemas de financiamiento y gasto en salud. En este sentido, los autores reconocen que la reforma no ha podido superar los excesivos gastos administrativos de los servicios de salud, los cuales eran de 25% y 33% en la Secretaría de Salud y el IMSS en 1995. La descentralización no parece tampoco haber mejorado los niveles de utilización de los servicios de salud, ya que según los mismos autores de la medición de 2002 las encuestas nacionales de salud de 1994 y 2000 no revelan cambio alguno entre la proporción de personas que utiliza los servicios de la Secretaría de Salud o el IMSS. Finalmente, en cuanto al financiamiento y gasto en salud, el estudio bajo los criterios de Daniels resaltó el alto costo de la salud en cuanto al gasto de bolsillo de las personas que buscan servicios de salud y se alude a que esto ocurre porque en México no hay un esquema de aseguramiento que contribuya a la protección financiera.

Desde nuestra perspectiva consideramos que la medición que hemos descrito carece de todo sentido teórico-conceptual y que es altamente utilitarista, ya que no se explicita desde que postura se leen e interpretan los datos y no hay una profundización en el análisis en aras de poder responder las preguntas centrales tras la aplicación de tales criterios y en cuanto a los efectos de la reforma. Esto es muy importante, porque pareciera mostrarse una cierta conveniencia a la hora de interpretar los hechos. Por un lado, se reconoce que no ha habido avances o que

éstos son discretos, concluyendo que la reforma no ha funcionado como parece consensuarse en el tema del financiamiento y gasto en salud; pero por otro lado, se relatan un grupo de procesos que tiene que ver con la descentralización y la ampliación de cobertura que no permite sacar conclusiones claras ya que no se apoya o lo hace ligeramente en datos que sustenten el presumible efecto positivo que se le atribuye desde la opinión de los reformista a ambos procesos. Por último, este análisis no toca los aspectos cruciales sobre el impacto de la reforma sobre las desigualdades-inequidades en salud, más bien se limita a enunciar los muchos pendientes que dejó dicha reforma en esta materia, lo que denota la visión restringida y estática del sector salud en voz de los utilitaristas neoliberales adscritos en el modelo Daniels.

Finalmente, los efectos diferenciados de la reforma sobre las desigualdades-inequidades respecto a los servicios de salud también fueron evidenciados por nuestra investigación. Por un lado, los niveles de desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud se mantuvieron o se incrementaron de 1995 a 2002 para los estados de Coahuila, Durango, Colima, Baja California Sur, Sinaloa, Baja California, Nuevo León y Guanajuato, Querétaro, Tlaxcala, Guerrero, Michoacán, San Luís Potosí, Puebla, Quintana Roo, Oaxaca, Chihuahua, Nayarit, Yucatán, Campeche, Zacatecas, Hidalgo, Morelos y Chiapas, lo que es indicativo de que la reforma desarrollada entre 1995 y 2002 parecen que no impactó o incluso en algunos casos empeoró los niveles de desigualdad en el acceso a los servicios de salud.

Esta situación diferencial parece arrastrarse desde antes de iniciar la reforma de 1995. Según Miranda-Ocampo (1993) las desigualdades-inequidades en la cobertura de la atención de salud muestran diferencias consistentes entre los Estados a expensa principalmente de la mayor disponibilidad de recursos financieros, materiales y humanos para la salud en los Estados del norte del país respecto a los del sur y sureste. Pero si ésto fuera poco, en opinión de este autor, la práctica de financiamiento y gasto en salud, desde ese entonces, era como sucedió en el periodo reformista de 1995-2000, se asignaba principalmente a los Estados con mayor desarrollo económico (Miranda-Ocampo, 1993).

Por el otro lado, en contraste con lo anterior, el Distrito Federal, seguido de Tabasco, Tamaulipas, Sonora y Aguascalientes, y en menor grado Veracruz, Jalisco y Estado de México, conservaron la condición de menor situación de desigualdad relativa en los resultados de salud entre 1995 y 2002. Pero estos mismos estados, mantuvieron una menor situación de desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud entre los años analizados. Con base en esta evidencia parece sostenerse que las reformas han tenido un efecto favorecedor sobre las desigualdades tanto en los resultados finales de salud como en el acceso a los servicios de salud en estos Estados. Para el caso del Distrito Federal, este resultado es comprensible y se puede explicar si partimos de considerar la gran infraestructura pública de servicios con que cuenta la capital del país; pero también la gran oferta de servicios de salud que se concentra en este territorio y por su puesto la disponibilidad de la infraestructura de salud que en comparación al resto de las Entidades Federativas es significativa.

Un último elemento que me gustaría enfatizar respecto al Distrito Federal, es que desde 1997 los gobiernos de la Ciudad han venido estimulando e implementando estrategias públicas que buscan acortar la brecha en las condiciones de vida, pero muy especialmente el acceso a servicios de salud, lo que ha redundado en mantener e incluso mejorar los niveles de salud, sin que ello signifique que las desigualdades aun persistan, pero si esta claro que su situación es mejor que la del resto de los Estados del país.

Sin el deseo de ser redundante, los datos revisados y las reflexiones compartidas nos lleva a pensar que si bien la reforma tiene múltiples facetas y niveles como se ha dicho, es claro que el eje diferencia dos puntas extremas. En una se encuentra la búsqueda administrativa y gerencial de una contención de costos mantener los gastos de la atención sanitaria, la cual en México parece aun pendiente; y en otro extremo se encuentra el deseo genuino de obtener la mejor atención posible por parte de la población que usa los servicios; en este extremo se sitúan las aspiraciones no solo del usuario también del prestado, pero en la realidad los avances hacia esta aspiración son aún bastante modestos. Pareciera a simple vista que estas dos aspiraciones extremas pueden resultar inconciliables. Sin embargo, de

cualquier forma, somos de la opinión que las dos apreciaciones pudieran coexistir siempre y cuando el fundamento moral de la política social y del sistema de salud este dominada por la concepción de un cumplimiento estricto del derecho a la salud que tiene todo ser humano y que constitucionalmente, al menos en México, esta prescrito.

Por otro lado, en realidad la evidencia es muy limitada, por no decir nula, sobre las posibilidades de lograr una contención de costos centrada en el racionamiento, la competencia y el pago compartido por servicios recibidos, de ahí que pensamos que las formulas centradas en el mercado no sean la solución a los graves problemas de salud y de acceso a los servicio, porque siempre el mercado será excluyente. El antídoto es claro y conocido, se ha venido diciendo, es por la vía del reposicionamiento real y conciente del papel del Estado como garante del derecho colectivo, una fuerte inversión pública cuyos tentáculos alcance la ansiada universalización y borren del mapa esa práctica desastrosa de la focalización en los pobres, cuyos resultados al parecer incrementan la exclusión. Pensamos que detener la mercantilización de la salud como estrategia y la tendencia a la privatización de los servicios puede ser la mejor alternativa si se quiere evitar el incremento y la perpetuación del estado de desigualdad y exclusión en que vive la mayor parte de la población en México. En otras palabras, se requeriría una reforma en sentido totalmente opuesto a la que se ha venido desarrollando, donde incluso se agreguen al arsenal de responsabilidades del Estado la función de vigilancia y evaluación constante de los resultados de las propuestas de transformación en salud, pero no de forma amañada, o subordinadas a dictámenes de organismos internacionales, ni tampoco en forma de reproducir las tendencias internacionales del mundo globalizado, sino de una forma genuina que destaque y tome en cuenta la evidencia histórica, el peso del contexto y de la realidad nacional con sus complejidades.

Capítulo 6. **Comentarios finales: a manera de síntesis.**

Una conclusión inicial de esta investigación deberá ser que se confirman una vez más la existencia y perpetuación de grandes diferencias en los niveles de desigualdad relativa de salud entre los Estados del sur y centro del país en comparación con los Estados de norte de México. Estas desigualdades de salud, en nuestra opinión, encuentran su génesis en las profundas desigualdades sociales que subyacen en México y en su mayoría constituyen francas inequidades. La otra conclusión de partida es que han sido pocos, diferenciados y contrarios en algunos casos los efectos positivos que sobre el mejoramiento de la situación de desigualdad-inequidad en salud han tenido las intervenciones que dan forma a las principales estrategias de reforma del Programa del Sector Salud 1995-2002.

Lamentablemente, la evidencia disponible no confirma el ansiado logro de la equidad en salud. Los hallazgos del presente estudio apuntan a reforzar la idea de que ni los niveles de desigualdad-inequidad en salud en México han mejorado significativamente, ni al parecer el impacto de la reforma sobre la reducción de las desigualdades en salud y sobre el logro de la equidad en salud ha tenido el éxito esperado. Los resultados encontrados también evidencian que las condiciones de vida de la población de México entre 1995 y 2002 no mejoraron significativamente, sino más bien se mantuvieron para la mayoría de los Estados, con escasos cambios en algunos indicadores; mientras que en algunos otros indicadores y un buen número de Estados, la situación global de salud empeoró.

En cuanto a los efectos de la reforma, los hechos, aún con lo controversiales que pueden resultar, revelan que las intervenciones de reforma o no influyeron en el mejoramiento de las desigualdades de las condiciones de vida y tras la puesta en marcha de importantes transformaciones a nivel estructural impulsada por la reforma del Estado y en particular por las reformas sociales de los últimos años en México no parecen haberse alcanzado niveles de equidad aceptables, al menos no para la inmensa mayoría de la población de las Entidades Federativas, mientras que en algunos escasos Estados dichos efectos fueron ligeramente positivos.

De forma general, los resultados de la investigación apuntan al poco progreso experimentado en la atención de salud, en el mejoramiento de las condiciones de salud; así como al escaso impacto que han tenido los servicios de salud y en particular de las estrategias de la reforma sanitaria implementadas, sobre las desigualdades-inequidades existentes en los resultados de salud y de acceso a los servicios de salud desde mucho antes que comenzara la reforma.

Desde nuestra visión y apoyados por los datos del estudio y las valoraciones de varias evidencias empíricas y analíticas que se han discutido, creemos que las estrategias de reforma basadas en la descentralización como eje principal de las transformaciones de los años 1995-2002 y las correspondientes intervenciones en el ámbito del financiamiento en salud y la ampliación de la cobertura de los servicios, no han mejorado o solo ligeramente para el caso de algunos Estados, como hemos venido diciendo, no solo las condiciones de vida y salud, sino tampoco el acceso a los servicios de salud de forma general.

En este sentido, los resultados de nuestro estudio, muestran similares comportamientos paradójicos y controversiales entre los Estados del país al analizar los niveles de desigualdad relativa en las diferentes dimensiones de salud y su relación con el incremento del financiamiento y el gasto en salud para 2002 respecto a 1995 y el establecimiento e institucionalización del proceso de descentralización de los servicios de salud en el país.

La evidencia reveló que la desigualdad relativa de salud entre las Entidades Federativas del país, se incrementó entre 1995 a 2002 en un importante grupo de Entidades Federativas, mientras que no hubo cambio alguno en respecto a la desigualdad relativa de los servicios de salud. Sin embargo, al incluir en el análisis del INIQUIS los indicadores referidos a las estrategias de reforma, el nivel de desigualdad relativa de salud se incrementó aun más, respecto a los resultados de salud y se mantuvo casi igual para la dimensión de servicios de salud en esos años. De hay la idea de que existe un moderado “estancamiento” en el estado de desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud entre 1995-2002 para la inmensa mayoría de las Entidades Federativas.

Para el caso de México, como para el resto de los países de la Región, las reformas se presenta vinculadas a los procesos de ajuste macroeconómicos ocurridos en los años ochenta y noventa. El énfasis ha sido en la reducción del tamaño del Estado en su rol como garante de satisfactores colectivos y del bien público; así como en la desregulación de los mercados y la consecuente mercantilización de los servicios de salud, lo que ha permitido la instrucción progresiva y legitimizada por el Estado de cambios financieros y estructurales e institucionales en los servicios de salud.

Tampoco, como dijera Almeida (2005) se han respetado las características de cada país y México no es la excepción, en cuanto a las históricas conquistas logradas alrededor de las políticas públicas y de salud incluida la seguridad social (Laurell, 2001). La tendencia ha sido adoptar las recetas contenidas en los lineamientos uniformes y muy poco críticas de organizaciones internacionales como el Banco Mundial, cuyas propuestas han sido negociadas y acordadas “por debajo del tapete” sin importar cuanta soberanía implicara sacrificar.

Respeto a la seguridad social, el resultado derivado de las reformas es totalmente desesperanzador. La oportunidad de haber construido una universalización en la atención de salud de los mexicanos se truncó con la reforma y con ella cualquier aspiración en este sentido. Las coberturas son cada vez más bajas y el rol de la seguridad social como alternativa es cada vez más débil.

La descentralización como argumento “maestro” para la búsqueda de la eficiencia económica y como primer paso para la institucionalización de la separación de funciones de financiamiento, provisión y de regulación y con ello fortalecer la autonomía de las estructuras locales, ha dejado un saldo que parece más negativo que positivo si se toma en cuenta el alto costo económico, e incluso político, que ha tenido este proceso. De igual forma la ampliación de cobertura a través de estrategias de focalización hacia los más pobres, como fue la aplicación del paquete básico de servicios de salud, la cual significó también el abandono de la universalización, al decir de los datos, tampoco ha tenido un efecto sustantivo en la efectividad del modelo de atención en términos de equidad, integralidad y continuidad de los cuidados de salud a la población. No parece sostenerse la idea de

que la descentralización, los cambios en los esquemas de financiamiento y la estrategia asistencialista de ampliación de cobertura hayan contribuido al fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud locales, por el contrario, en nuestra opinión, lo que ha fortalecido es la visión de mercado con la consiguiente mercantilización y privatización de la atención y los servicios de salud.

Finalmente, como colofón explicativo de los que hasta aquí hemos presentado, está que la situación económica y social del país tiene un impacto negativo en el mejoramiento de la desigualdad social que es la base de las desigualdades-inequidades de salud. En el caso de México, durante las últimas tres décadas se han aplicado una serie de políticas económicas de corte neoliberal centradas en las medidas de ajuste estructural, la apertura comercial y la regulación económica a través del libre mercado, que en realidad es un mercado oligopólico. La aplicación de estas medidas económicas han repercutido en el estado de salud de la población, por un lado, y en el deterioro de las condiciones de vida, situación que a su vez se refleja en la disminución de sus niveles de salud.

Capítulo 7. Referencias bibliográficas.

Ahumada C. Salud y Equidad en el contexto del ajuste social. En: Torres-Tobal M (Ed). *¿Equidad?: El problema de la equidad financiera en salud*. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá, 2001:31-36.

Aguilera X, Concha M y González C. Guía para el monitoreo de la equidad en el acceso a servicios básicos de salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1999. [Documento fotocopiado].

Alleyne. GA. La equidad y la meta de salud para todos. En: Organización Panamericana de la Salud. *A Quest for Equity / En busca de la equidad*. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., 2002a.

Alleyne GA, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E and Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. *Rev Panam Salud Pública*.12(6):388-397. 2002b.

Almeida-Filho N y Paim JS. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales* 75:3-30. 1999a

Almeida-Filho N. Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida. Organización Panamericana de la Salud Washington D.C., 1999b.

Almeida-Filho N. *La ciencia tímida: ensayos de desconstrucción de la epidemiología*. Lugar Editorial. Buenos Aires. p 138-144. 2000.

Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América latina y el Caribe: algunas lecciones de los 80 y 90. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro.18(4):905-925. 2002.

------. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de su implementación. *Rev Gerenc. Polit Salud* 4(9):6-60. 2005.

Álvarez LS. Libres de enfermedad: Derecho a la salud. En Bernal JA y Álvarez LS. *Democracia y ciudadanía: balance de derechos y libertades en Medellín*. Corporación región. Medellín,357-399. 2005.

Ares R. La descentralización financiera. En: De la Fuente JR y López-Bárcena J. *Federalismo y Salud en México: primeros alcances de la reforma de 1995*. Universidad Nacional Autónoma de México. Editorial Diana. Primera Edición. México DF,; 59-70. 2001.

Banco Interamericano de Desarrollo. Progreso Económico y Social en América Latina. Informe 1996. Tema Especial "Como organizar con éxito los servicios sociales". Banco Interamericano de Desarrollo. Washington DC., 1996.

Berman P. Health sector reform: Making health development sustainable. *Rev Health Policy* Num 32, 1995.

Borrell C, Ru M, Pasar MI, Benach J y Kunst AE. La medición de las desigualdades en salud. *Gac Sanit* 14(Supl. 3):20-33. 2000

Bossert T, Larrañaga O. and Ruiz F. Decentralization of health systems in Latin America. *Pan Am J Public Health* 8(1/2), 2000.

Breilh J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: Construcción de lo social y del género. En: Breilh J. *Cuerpos, Diferencias y Desigualdades*. Utópica Ediciones. Bogotá, 1998.

----- . De la epidemiología lineal a la epidemiología dialéctica: determinación epidemiológica e inequidad En: Breilh J. *Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial. Ecuador. 214-224. 2003.

----- . Informe Alternativo en Salud: Una herramienta de los Pueblo. En: *Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina*. Observatorio Latinoamericano de Salud. Cuenca, Ecuador. 13-21. 2005

----- . Lecturas opuestas del papel de la epidemiología y la reforma en salud. En: González-Pérez GJ, Vega-López MG y Romero Valle S (Editores). *Los sistemas de salud de Iberoamérica, de cara al siglo XXI*. Universidad de Guadalajara. Primera Edición,;267-306. 2004.

Brito EP. Impacto de las reformas del sector salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Publica* 8(1/2), 2000:43-54.

Burlandy L y Bodstein RC. Política y Salud Colectiva: reflexión sobre su producción científica. *Cuadernos de Saúde Pública* 14(3):13h. 1998

Casas-Zamora JA y Gwatkin D. Las muchas dimensiones de la equidad en salud. *Rev Panam Salud Publica* 11(5/6),:1-2. 2002.

Cerda A. México: el derecho a la salud. Derecho a la salud: situación en países de América Latina. [Documento mimeografiado], 18h. 2005.

Cohen E y Franco R. *Modelos para la evaluación de impactos. Evaluación de Proyectos Sociales*. Siglo XXI Editores. 5ta edición. 120-139. 2000

Creese A. User Charles for Health Care: A Review of Recent Experience. *Health Policy and Planning*. 6:309-319. 1991

Dachs N. Inequidades en Salud: Como estudiarlas. En: Restrepo H y Málaga H. *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable*. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2001.

Daniels N, Bryant J, Castano RA, Dantes OG, Khan KS, y Pannarunothai. Criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria : uns instrumento para el análisis de las políticas en los países en desarrollo. *Bol Organización Mundial de la Salud* No. 3, 2000.

De la Fuente JR y López-Bárcena J. *Federalismo y Salud en México: primeros alcances de la reforma de 1995*. Universidad Nacional Autónoma de México. Editorial Diana. Primera Edición. México DF, 2001.

De la Fuente JR y Tapia-Conyer R. *La medición en la salud a través de indicadores*. Siglo XXI Editores. Facultad de Medicina. UNAM. Primera edición. México DF, 2001b.

Díaz-Polanco J y Bronfman M. La cooperación técnica internacional y los procesos de reforma del sector salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. [Documento fotocopiado].

Hannan E. The continuing queso for measuring and improving access to necessary care. *JAMA* 284(18);2000.

Hervada-Vidal y col. En: *Conselleria de Sanidade de la Xunta de Galicia y la Organización Panamericana de la Salud. EPIDAT 3.1. Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados*. OPS. Washington DC, 2003

Homedes N y Ugalde A. ¿Qué ha fallado en las reformas de salud de América latina?. Documento presentado al VII Congreso Internacional de CLAD sobre reforma del Estado y de la Administración Pública. Lisboa, Portugal, 8-11 de octubre 2002.

Homedes N. Globalización y Salud. Ponencia presentada en Foro Rectoría del Estado, reformas y Derecho a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. México DF, 16-17 de febrero, 2004.

Franco SA. Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social colombiana a diez años de su implementación. Presentación en el Foro "Perspectivas de la salud pública en México, 14 de abril de 2003 [Conferencia Magistral].

Frenk J, Londoño JL, Knaul F y Lozano R (1995). Pluralismo estructurado: una visión para el futuro de los sistemas de salud en América Latina. En: Bezold B, Frenk J, McCarthy (Editores). *Atención a la Salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI*. Institute for Alternative Future. Fundación Mexicana para la Salud. México, 1998.

Gakidou EE, Murray AJ & Frenk J. Definición y medición de las desigualdades en salud: una metodología basada en la distribución de la esperanza de vida. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* recopilación de artículos No. 3:29-40. 2000

García G y Tobar F. *Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires: Ediciones ISALUD, 1997.

Gómez-Dantés O, Gómez-Jáuregui J y Inclán C. La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *Salud Pública de México* 46(5); 2004:399-416.

Green A. *An Introduction to Health Planning Countries*. Reino Unido: Oxford Medical Publications, 1992.

Gutiérrez A. *México dentro de las reformas a los Sistemas de Salud y de Seguridad Social de América Latina*. Universidad Nacional Autónoma de México. México DF, 1999.

Gwatkin DR. Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿qué sabemos al respecto= ¿qué podemos hacer?. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* recopilación de artículos No.3:3-17. 2000

Infante A, Mata I, López-Acuña D. reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Pública* 2000; 8(1/2):13-20.

Internacional Society for Equito in Health. The Toronto Declaration on Equity in Health Conference Statetment: 2nd International Conference. Toronto, June, 2002.

Kadt E y Tasca R. *Promover la Equidad: un enfoque desde el sector salud*. Organización Panamericana de la Salud. Serie Salud en el Desarrollo. Washington DC, 1993.

Kawachi I, Subramanian SV and Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J. Epidemiol Community Health*. 56:647-652. 2002

Kleinbaum D, Kupper L, Morgenstern H. *Epidemiologic Resarch: principles and quantitative methods*. New York: VAN NOSTRAND REINHOLD, 1982.

Knowles JC, Leighton C y Stinson W. Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. Iniciativa Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Cuaderno 6. Partnerships for Health Reform, 1997.

Laurell AC y López-Arellano O. Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health. *International Journal of Health Services* 26(1),1996:1-18.

Laurell AC. Trabajo y Salud: Estado del conocimiento. En: Franco S, Breilh H, Laurell AC. *Debates en Medicina Social* (Serie Desarrollo de Recursos Humanos 92). Ecuador, OPS/ALAMES, p. 9249-231. 1991

----- Las características generales de la reforma En: Laurell AC (ed) *La reforma contra la salud y la seguridad social*. Fundación Friedrich Ebert México. Ediciones Era, S. A. de C. V. 49-60. 1997

----- *La reforma contra la salud y la seguridad social*. Fundación Fiedrich Ebert. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. México DF, 1997.

----- *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Fundación Fredrich Ebert. Representación en México. Primera edición. México DF, 1994.

----- *Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social: como garantizar y ampliar tus conquistas históricas*. Editorial Planeta Mexicana. 1era Edición. México DF, 2001.

Leal G. *Agenda y Diseño de la Reforma Mexicana de la Salud y la Seguridad Social*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Primera edición, núm 30. México DF, 2000.

Langer A & Nigenda G. Reforma del sector salud En: *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. Instituto Nacional de Salud Pública de México. 25-67. 2001

Leighton C, Maceira D. *Guía básica de política: toma de decisiones para la equidad en la reforma del sector salud*. Iniciativa Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Cuaderno 6. Partnerships for Health Reform, 1999.

Levcovitz E. Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Quinta Conferencia Conmemorativa del Centenario de OPS, Managua-Nicaragua, 10-11 Octubre 2002.

----- . Extensión de la Protección Social en Salud en la Región de las Américas / La Función de Aseguramiento en los Sistemas de Salud. Organización Panamericana de la Salud CV, Chiarvetti S y Chorny M. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en la reformas del sector salud. *Rev Panam Salud Pública* 8(1/2), 2000:33-42.

Levcovitz E y Acuña C. Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud. [Manuscrito en Prensa], 2004.

López-Acuña D, Brito P, Crocco P, Infante A, Marín JM y Zeballos JL. Hacia una nueva generación de reformas. *Rev Panam Salud Pública* 8(1/2), 2000:147-150.

López-Arellano O y Blanco-Gil J. La polarización de la política de salud en México. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 17(1)43-54; 2001.

López-Arellano O. La selectividad en la política de salud. En: Laurell AC (eds) *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Fundación Friedrich Ebert Representación en México. México DF, 1994.

López-Arellano O y Blanco-Gil J. *La modernización Neoliberal en Salud: México en los ochenta*. Universidad Autónoma Metropolitana. Primera Edición, 1993.

López-Arellano y Blanco-Gil J. Desigualdad social e inequidad en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. *Salud Problema*. 8(14-15):7-16, 2004.

López-Barcena J. Avances de la Descentralización de los Servicios de Salud en México. En: De la Fuente JR y López-Bárcena J. *Federalismo y Salud en México: primeros alcances de la reforma de 1995*. Universidad Nacional Autónoma de México. Editorial Diana. Primera Edición. México DF. 13-34. 2001.

López, C. (2000). "Inequidades en el desarrollo humano y en especial en salud en América Latina y el Caribe". (Tesis doctoral), Universidad de La Habana. La Habana.

----- . Algunas consideraciones sobre el concepto de equidad financiera y su cuantificación. Presentación de una propuesta de medición de desigualdades de la salud en Las Américas. En: Torres-Tobal M (Ed). *¿Equidad?: El problema de la equidad financiera en salud*. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá. 91-100. 2001.

López-Millán M, Ortiz L y Rosales RA. Transformaciones de la Secretaría de Salud en México en el contexto de la Reforma Sanitaria. *Salud Problema* 6(10-11); 2001:47-66.

Málaga H et al. Equidad y reforma en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública de Colombia* 2000;2(3):1-16.

Mackenbach JP and Kunst AE. Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci. Med.*, 1997;44:757-771.

Martínez P, Rodríguez LA y Agudelo CA. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. En: Torres-Tobal M (Ed). *¿Equidad?: El problema de la equidad financiera en salud*. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá,;183-204. 2001

Metzger X. Conceptualización e indicadores para el término equidad y su aplicación en el campo de la salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1996.

Meter F y Evans T. Dimensiones éticas de la equidad En: Evans y colb (editores) *Desafío a la falta de equidad en salud*. Fundación Rockefeller. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. 27-36. 2002

Merino-Juárez. MF. *Gasto Público en Salud 1999-2000: síntesis ejecutiva*. Secretaria de Salud. México DF, 2002.

Menéndez E. Poblaciones abiertas, seguras y privadas: cambios, reorientaciones y permanencias en el sector salud mexicano. [Documento mimeografiado]. 2004: 44h.

Miranda-Ocampo R, Salvatierra B, Vivanco-Cedeño B, Álvarez-Lucas C Lezana-Fernández MA. Inequidad de los servicios de población abierta en México. *Salud Pública de México* 35(6); 1993: 26-38.

Mitjavila M, Fernández J y Moreira C. Propuestas de reforma en salud y equidad en Uruguay: ¿redefinición del Welfare State?. *Cad Saúde Publica*. Rio de Janeiro 18(4); 2002:1103-1120.

Molina J. El Sistema de Salud en México. Ejercicio de Análisis de La Cooperación Técnica de la Representación de la OPS/OMS en México. Representación de la OPS/OMS en México. México, 2005. [Documento de Trabajo].

----- Procesos de Reformas de salud en América Latina.. Ponencia presentada en le Diplomado "Salud Economía y Desarrollo Humano". Facultad de Medicina de la UNAM. México DF, 1 de abril, 2003.

Molina J y Gasman N. Las reformas de los sistemas de servicios de salud en América Latina y el Caribe. En: Gonzáles-Pérez G, Vega-López MG y Romero-Valle S (Coordinadores). *Los Sistemas de Salud de Iberoamérica de Cara al Siglo XXI*. Universidad de Guadalajara. Primera Edición. Guadalajara, 2004.

Molina R, Pinto m, Henderson P y Vieira C. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencia. *Rev Panam Salud Pública* 2000;8(1/2):71-83.

Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra CM, Hanna W, Larrieu M y cols. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. *Rev Panam Salud Pública* 2000;8(1/2):126-134.

Musgrove P. Reflexiones sobre las relaciones entre la salud y el desarrollo. [Documento fotocopiado]. Banco Mundial. Washington D.C, 1991.

Montoya C. La equidad Usos del concepto como criterios de progreso. *Cuadernos Médicos Sociales* 1997;38(1):6-12.

Murray AJ, Gakidou EE & Frenk J. Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales: ¿qué se debe medir?. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* recopilación de artículos No. 3, 2000:10-15.

Narro-Robles J. Medición de la salud pública y de los servicios de salud. En: De la Fuente JR y Tapia-Conyer R (editores). *La medición en la salud a través de indicadores*. Siglo XXI Editores. Facultad de Medicina. UNAM. Primera edición. México DF, 2001:17-30.

Organización Panamericana de la salud (2003). La medición de las desigualdades como base para la acción sanitaria. www.who.org/Spanish/D/ops98-02_ch02_B.htm.

----- *Inequidades en la situación de salud, acceso y gasto en atención de salud*. Organización Panamericana de la Salud Washington D. C., 2000.

----- *Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe*. Iniciativa Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Cuaderno 1. Organización Panamericana de la Salud, 1997.

----- *Equidad en la situación de salud desde la perspectiva de género*. Organización Panamericana de la Salud Washington D.C., 1999.

----- *La Salud en las Américas: informe de la Directora 2003*. Organización Panamericana de la Salud Washington D.C., 2003a.

----- *La descentralización de los sistemas de salud en América Latina: Un análisis comparativo de Chile, Colombia y Bolivia*. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud. OPS, junio 2000.

----- *Análisis de las reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana*. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (LACHSR). Organización Panamericana de la Salud. 2da edición, Julio, 2002.

----- *Análisis de las reformas del Sector Salud en los países de la Región Andina*. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (LACHSR). Organización Panamericana de la Salud. 2da edición, Julio, 2002b.

----- Programa de Organización y Gestión de los Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana e la Salud, 1998.

----- Programa de Organización y Gestión de los Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana e la Salud, 2000.

----- *La Salud en las Américas: Indicadores Básicos*. Situación de Salud de Las América. OPS, Washington D.C., 2002.

Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, 2000.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). México: Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. Secretaría de Salud de México. Edición en español. México DF, 2005:19-76.

Ortiz L, López-Millán M, Rosales RA, Ortega ME, Rivera JA y Laurell AC. *Mortalidad infantil y desigualdad socioterritorial en México*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Primera edición, núm 38. México DF, 2002.

PEF. (1996). (Poder Ejecutivo Federal). *Programa de Reforma del Sector Salud*. PEF. México.

----- (1999). (Poder Ejecutivo Federal). Quinto Informe de Gobierno. Anexo estadístico. PEF. México.

Porto SM. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2002; 18(4):939-957.

Ramírez A. Enfoques prevalecientes acerca del concepto de equidad y otros relacionados. Diseño de un Sistema de Monitoreo de la Equidad en Salud en Cuba. Universidad Médica de La Habana. Escuela de Salud Pública. [Tesis Doctoral]. La Habana, 2004:4-24.

Requena M. Focalizando la equidad. *Cuadernos Médicos Sociales* 1997;38(1):3-5.

Rosero-Bixby L, Aguilar C, Blanco L y León M. *Equidad y salud en Centroamérica*. Organización Panamericana de la Salud. Washington D. C., 2000.

Rosero-Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Rev Panam Salud Pública* 15(2), 2004.

Santos-Preciado JI. Medición de la salud de los niños. En: De la Fuente JR y Tapia-Conyer R. *La medición en la salud a través de indicadores*. Siglo XXI Editores. Facultad de Medicina. UNAM. Primera edición. México DF, 2001: 31-57.

Samaja J. *La reproducción Social y la relación entre la salud y las condiciones de vida*. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 1994.

Secretaría de Salud. *Programa de reforma del sector salud 1995-2000*. Secretaría de Salud. México DF, 1995.

----- *Programa Nacional de Salud: la democratización de la salud en México*. Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006. México DF, 2001.

Sen A. ¿Por qué la equidad en salud?. *Rev Panam Salud Pública* 11(5/6), 2002:302-309.

Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Vidaurre M, Mujica O and Anne Roca. Métodos de medición de las desigualdades. *Rev Panam Salud Pública*, 2002;12(6):398-414.

Soberón-Acevedo G y Martínez-Narváez G. La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. *Salud Pública de México* 1996;38:371-378.

- Spinelli H, Urquía M, Lía-Bargalló M y Alazaraqui M. Equidad en Salud: teoría y praxis. En: Spinelli H (Editor). *Salud Colectiva: cultura, instituciones y subjetividad*. Lugar Editorial, 2004:247-277.
- Starfield B. Improving equito in health: A research agenda. *International Journal Services*, 2001;31(3):545-566.
- Stewart A. Cost-Containment and Privatization: An International Analysis. En: Drache D y Sullivan T (Eds). *Health Reform. Public Success Private Failure*. Londres: Routledge, 1999.
- Tamayo, J. El fortalecimiento del federalismo y la descentralización. En: De la Fuente JR y López-Bárcena J. *Federalismo y Salud en México: primeros alcances de la reforma de 1995*. Universidad Nacional Autónoma de México. Editorial Diana. Primera Edición. México DF, 2001: 53-58.
- Tetelboin-Henrion C. *La transformación neoliberal del sistema de salud*. Chile: 1973-1990. Reformas de primera generación. Universidad Autónoma Metropolitana. Primera Edición, 2004.
- Terris M. The Three World Systems of medical Care: Trends and Prospects. *American Journal of Public Health*, 1980; 68:1125-1131.
- Travassos C, Viacava F, Fernández C y Almeida C. (2000). Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilizacao de Servicos de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Colectiva*. 4 (3):429-445.
- Ugalde A y Homedes N. Descentralización del sector salud en América Latina. *Gac Sanit*. vol 16, no. 1, p. 18-29. 2002
- Urbaneja M. Salud, Equidad y Gestión Pública. En: Torres-Tobal M (Ed). *¿Equidad?: El problema de la equidad financiera en salud*. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá, 2001:119-124.
- Vargas I, Vázquez ML y Jané E. Equidad y reforma de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18(4):927-937, 2002.
- Vega-Romero R. Justicia sanitaria como igualdad: ¿universalismo o pluralismos?. En: *Pensamiento en Salud Pública: El derecho a la Salud*. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 54-89. 2001
- Vergara C. El contexto de las reformas del sector salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2000;8(1):105-111.
- Victora CG. Reducing health inequalities: Can health interventions make an impact?. Trabajo presentado en Ninth Annual Public Health Forum, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 19-23 April, 1999.
- Vienonen M, Jankauskiene D y Vask Arvi. Hacia una reforma de la atención de salud basada en pruebas. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* recopilación de artículos No. 1, 1999:93-98.
- Wagftaff A, Paci P and van Doerslaer E. On de measurement of de inequalities in health. *Soc. Sci. Med* 1991;33:545-557.

Whitehead M. The Concept and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*. 22:429-445.1992.

World Health Organization. *Renewing the Health for All Strategy: Elaboration of a policy for equity solidarity and health*. WHO. Geneva, 1995.

----- *Equity in Health Care*. WHO. Geneva, 1996.